This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

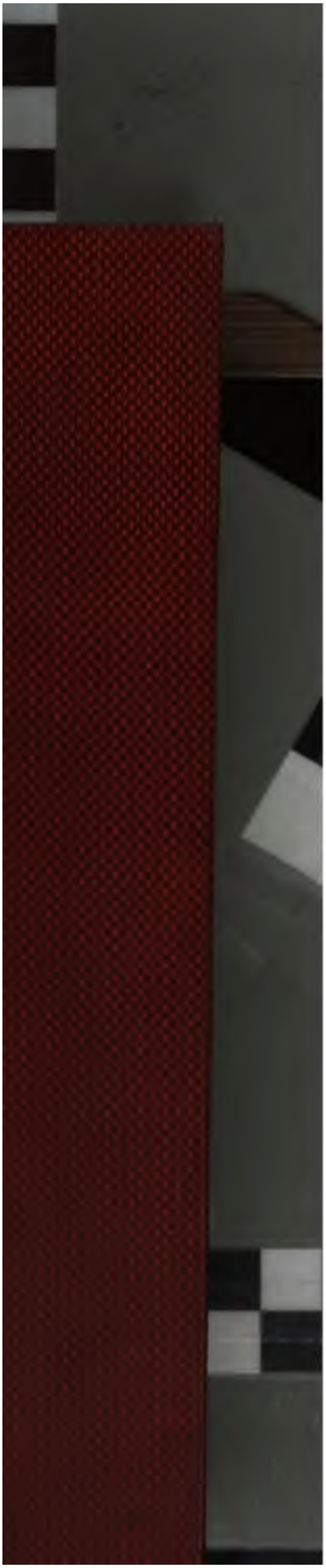
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

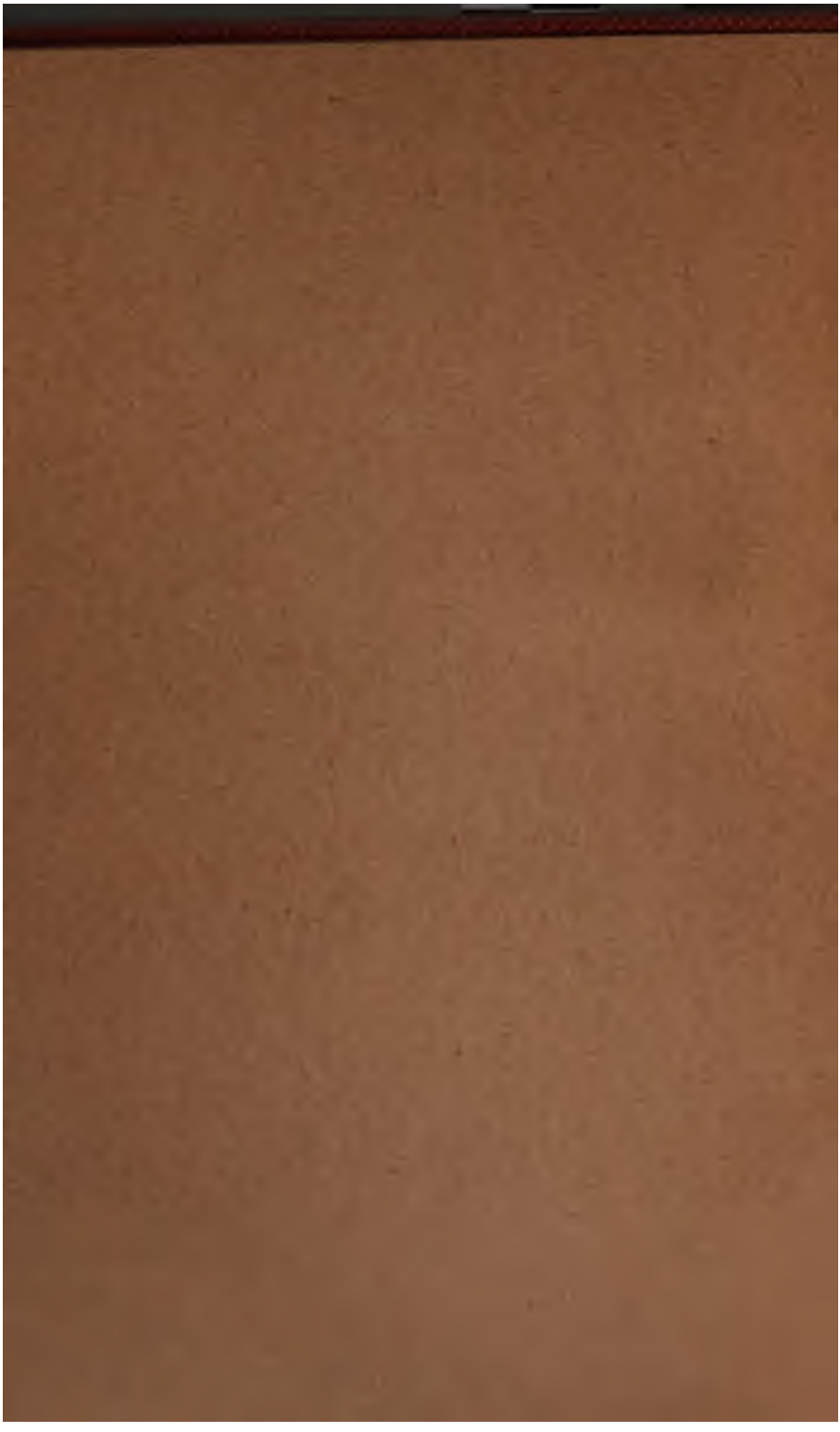
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



LANE

MEDICAL LIBRARY

JANE LATHROP STANFORD
JEWEL FUND



6498

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR.

CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. Paris, 1858, in-8° de 394 pages.

Des altérations de la sensibilité. Thèse présentée au concours pour l'agrégation. Paris, 1860, in-8° de 111 pages.

De l'état mental dans la chorée (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, 1860, t. XXIV, p. 1 à 38).

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

PAR

LE Dr L.-V. MARCÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DES ALIÉNÉS DE L'HOSPICE DE BICÊTRE.

LANE MEDICAL LIBRARY
14839
SAN FRANCISCO

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

Londres
Hipp. Baillière, 219, Regent street.

New-York
Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16

1862

Tous droits réservés.

S

LANE LIBRARY

1
62

AVANT-PROPOS

Ce livre élémentaire, conçu dans un esprit exclusivement médical, est le résumé des leçons que j'ai professées pendant plusieurs années à l'École pratique de la Faculté de médecine.

Il se divise en trois parties : la première comprend la pathologie générale de la folie ; la seconde, la pathologie spéciale ; dans la troisième se trouvent rangés certains états morbides, comme l'idiotie, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la pellagre, l'alcoolisme, qui se rattachent indirectement à l'aliénation mentale par les troubles intellectuels dont ils sont accompagnés ; un appendice est consacré aux applications médico-légales.

Je me suis efforcé autant que possible, dans l'ordre et la distribution des matières, de mettre en application les préceptes généralement admis pour l'étude de la pathologie interne. Comme avant tout il s'agit d'un ouvrage d'enseignement, je me suis abstenu le plus souvent de

discussions et de controverses, et j'ai dû me contenter d'indications très brèves sur une foule de points qui auraient mérité un développement plus complet, pour insister sur les faits positifs, dont l'utilité pratique et dogmatique est incontestable.

Un semblable travail ne peut avoir de prétention à l'originalité; il ne peut viser qu'au mérite de la clarté, de l'exactitude et de la sévérité dans le choix des matériaux; mon but sera atteint, malgré les imperfections de l'œuvre, si j'ai pu mettre entre les mains des élèves et des jeunes médecins un livre qui fixe leur attention sur une partie peut-être trop peu cultivée de la pathologie médicale, et leur permette d'aborder avec plus de facilité la clinique si riche et si variée de nos asiles d'aliénés.

L.-V. MARCÉ.

Août 1862.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER. — Historique 1

ARTICLE PREMIER. — Première période : livres hippocratiques, Arétée, Cœlius Aurelianus, Celse, Galien, Paul d'Égine, Arabistes..... 3

ART. II. — Deuxième période, XV^e^, XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles : Fernel, Ambroise Paré, Alciat, Leloyer, Montaigne, Wier, Baillou, Félix Plater, Ch. Lepois, Sennert, Sylvius, Sydenham, Willis, Théop. Bonet, Vieussens, Boerhaave, Morgagni, Sauvages, Lorry, Cullen 10

ART. III. — Troisième période : Pinel, Esquirol, Georget, Broussais, Heinroth, Combes et Jacobi 27

CHAPITRE II. — Des principes et de la méthode à suivre dans l'étude des maladies mentales 34

CHAPITRE III. — La folie appartient principalement à la classe des névroses. — Caractères généraux des névroses 37

PREMIÈRE PARTIE. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

CHAPITRE PREMIER. — Définition. — Éléments symptomatiques. — Classification 44

§ 1^er^. Définition de la folie, synonymie 44

§ 2. Éléments symptomatiques de la folie..... 45

Lésions intellectuelles primitives..... 46

Lésions intellectuelles consécutives..... 48

Lésion intellectuelle terminale..... 49

§ 3. Classification..... 50

§ 4. Transformations des diverses formes d'aliénation mentale.... 55

CHAPITRE II. — Début. — Symptomatologie..... 57

ARTICLE PREMIER. — Début de la folie 57

ART. II. — Symptomatologie..... 59

§ 1^er^. Fonctions nerveuses..... 59

Facultés intellectuelles 59

Sentiments affectifs..... 61

Sensibilité physique..... 62

Motilité 66
Sommeil 66
§ 2. Fonctions digestives 67
§ 3. Circulation et respiration 68
§ 4. Fonctions génitales 72
§ 5. Sécrétions 74
§ 6. État du sang 76
ART. III. — De certains actes délirants, suicide, homicide, vol, incendie 77
CHAPITRE III. — Marche de la folie. — Des crises dans la folie 81
ARTICLE PREMIER. — Marche de la folie 81
1° Type continu 81
2° Type rémittent 81
3° Type intermittent 83
Déclin de la maladie 84
ART. II. — Des crises dans la folie 86
1° Crises par rétablissement des fonctions physiologiques 88
2° Crises par révulsion ou substitution 90
3° Crises par cessation de la cause d'une folie sympathique 94
CHAPITRE IV. — Des causes de la folie 96
ARTICLE PREMIER. — Causes prédisposantes 96
§ 1er. Causes prédisposantes générales 96
1° Civilisation 96
2° Idées religieuses 100
3° Événements politiques 101
§ 2. Causes prédisposantes individuelles 102
1° Hérédité 102
Habitudes alcooliques 110
Mariages consanguins 111
2° Age 112
3° Sexe 116
4° Climat 118
5° État civil 118
6° Professions 118
7° Éducation 119
ART. II. — Causes occasionnelles 120
§ 1er. Causes morales 120
1° Passions et émotions 121
2° Imitation 123
3° Emprisonnement cellulaire 124
§ 2. Causes physiques 127
1° Causes locales agissant directement sur l'encéphale 128
— agissant à distance et sympathiquement ... 129

2° Causes générales 132
Anémie et cachexies 132
Pertes séminales 133
Dartres, rhumatismes 134
Fièvres typhoïdes 135
Fièvres intermittentes 140
Choléra 141
3° Causes physiologiques 142
Menstruation 142
Grossesse, accouchement, lactation 143
Circonstances qui influent sur le développement de la folie puerpérale 145
4° Causes spécifiques 147
Syphilis 147
Agents toxiques 149
CHAPITRE V. — Pronostic. — Mortalité. — Anatomie pathologique. — Diagnostic 150
ARTICLE PREMIER. — Des conditions qui influent sur le pronostic de la folie 150
ART. II. — Proportion des guérisons et des rechutes 155
ART. III. — § 1er. Mortalité chez les aliénés 158
§ 2. Maladies incidentes des aliénés 160
1° Pneumonie 161
2° Gangrène du poumon 163
3° Phthisie pulmonaire 165
ART. IV. — Anatomie pathologique de la folie 167
ART. V. — Diagnostic de la folie 170
CHAPITRE VI. — Traitement 173
ARTICLE PREMIER. — Traitement préventif 173
ART. II. — Traitement curatif 175
§ 1er. Agents moraux 177
1° Isolement 177
2° Direction morale, intimidation 182
3° Travail 184
4° Voyages 185
5° Influence religieuse 186
6° Musique et spectacles 187
§ 2. Agents physiques 187
1° Agents pharmaceutiques 187
— toniques 188
Émissions sanguines 188
Balnéation 189
Purgatifs 191
Révulsifs 192

Narcotiques et antispasmodiques.... 192
Sulfate de quinine..... 194
2° Alimentation..... 194
3° Alimentation forcée..... 195
4° Agents mécaniques, etc..... 208
Moyens de traitement répondant à certaines indications... 208
Malades à idées de suicide..... 208
Onanistes..... 209
Gâteux..... 209
Agités..... 211
Du no-restraint..... 214
CHAPITRE VII. — Asiles et colonies d'aliénés..... 216
ARTICLE PREMIER. — Des asiles d'aliénés..... 216
§ 1er. Emplacement, forme générale, divisions, aménagements.... 216
§ 2. Organisation..... 225
ART. II. — Des colonies d'aliénés..... 227
CHAPITRE VIII. — Des hallucinations et des illusions..... 231
ARTICLE PREMIER. — Des hallucinations..... 231
§ 1er. Définition..... 231
§ 2. Description..... 232
§ 3. Fréquence relative et mode d'association..... 238
§ 4. Physiologie pathologique..... 240
Conditions qui favorisent le développement des hallucinations. 249
§ 5. Des rapports de l'hallucination avec la folie..... 250
1° Hallucinations compatibles avec la raison..... 251
2° Hallucinations dans les diverses formes de folie..... 254
§ 6. Étiologie..... 256
1° Causes prédisposantes..... 256
2° Causes occasionnelles..... 257
État intermédiaire à la veille et au sommeil..... 258
Rêves..... 258
Affections cérébrales..... 260
Causes débilitantes..... 260
Fièvres, phlegmasies..... 261
Névroses..... 262
Intoxications..... 264
§ 7. Diagnostic..... 265
§ 8. Pronostic..... 266
ART. II. — Des illusions..... 267
§ 1er. Définition..... 267
§ 2. Division..... 268
1° Illusions naturelles..... 268
2° Illusions par lésions des organes des sens..... 268
3° Illusions intellectuelles..... ... 269

§ 3. Description : Ouïe 270
Vue 270
Odorat et goût 271
Sensibilité générale 272
Illusions internes 273
§ 4. Traitement des hallucinations et des illusions 274

DEUXIÈME PARTIE. — PATHOLOGIE SPÉCIALE.

CHAPITRE PREMIER. — De la manie 277
§ 1er. Définition de la manie 277
§ 2. Fréquence 278
§ 3. Causes 278
§ 4. Début 279
§ 5. Description 280
1re période 280
De la fureur 285
2e période 286
3e période 287
§ 6. Marche et durée 288
§ 7. Terminaisons 290
a. Par l'état chronique 290
b. Par transformation 290
c. Par la mort 291
Anatomie pathologique 292
§ 8. Formes 293
1° D'après l'intensité de l'agitation 293
Manie suraiguë 293
Délire aigu 294
Excitation maniaque 297
2° D'après la nature des idées délirantes 299
3° D'après les causes 300
§ 9. Pronostic 300
§ 10. Diagnostic 302
§ 11. Traitement 304
CHAPITRE II. — De la mélancolie 312
§ 1er. Définition 312
§ 2. Causes 313
§ 3. Début 314
§ 4. Symptômes 314
1° De l'ordre intellectuel 315
2° De l'ordre somatique 317
§ 5. Formes de la mélancolie 324
Mélancolie sans délire 324

2° Mélancolie simple..... 325
3° Mélancolie avec stupeur 326
§ 6. Marche..... 327
§ 7. Terminaisons..... 329
Anatomie pathologique..... 330
§ 8. Pronostic..... 332
§ 9. Diagnostic..... 333
§ 10. Traitement..... 335
CHAPITRE III. — De la folie à double forme, ou folie circulaire...... 339
§ 1er. Définition..... 339
§ 2. Historique..... 339
§ 3. Description..... 342
§ 4. Durée..... 345
§ 5. Mode de transition d'une période à l'autre..... 346
§ 6. Pronostic..... 347
§ 7. Diagnostic..... 347
§ 8. Terminaison..... 347
§ 9. Traitement..... 348
CHAPITRE IV. — Des monomanies..... 348
§ 1er. Définition..... 348
§ 2. De l'existence des monomanies..... 350
§ 3. Division..... 352
I. Monomanies intellectuelles..... 354
1° Début, idée fixe..... 355
2° Mode de développement..... 356
3° Symptômes et marche..... 361
4° Pronostic..... 363
5° Diagnostic..... 364
6° Formes principales des monomanies..... 365
Idées de persécutions. — Scrupules exagérés. — Monomanie religieuse. — Monomanie ambitieuse. — Monomaniaques inventeurs. — Monomanie triste. 366
Érotomanie..... 369
Monomanie hypochondriaque, ou nosomanie..... 370
II. Monomanie sensoriale..... 378
III. Monomanies impulsives..... 380
Définition..... 380
Causes..... 381
Symptomatologie..... 382
Formes diverses..... 383
Monomanie impulsive, suicide et homicide..... 383
Pyromanie..... 386
Dipsomanie..... 387

Perversions morales maladives 389
Monomanie raisonnante 390
§ 4. Traitement des monomanies 391
CHAPITRE V. — De la démence 395
§ 1er. Définition 395
§ 2. Causes 396
§ 3. Symptômes 397
1er degré 397
2e degré 399
§ 4. Marche et pronostic 403
§ 5. Anatomie pathologique 404
§ 6. Diagnostic 407
§ 7. Traitement 411
CHAPITRE VI. — De la paralysie générale 411
§ 1er. Historique 411
§ 2. Définition 416
§ 3. Description 416
1° Période prodromique 416
2° Période de début 417
Variété expansive 417
— mélancolique 427
— paralytique 429
— congestive 431
3° Période moyenne 434
4° Période terminale 437
§ 4. Durée 440
§ 5. Des rémittences 441
§ 6. Marche aiguë de la paralysie générale 446
§ 7. Complications 447
1° Congestion cérébrale 446
2° Tumeurs sanguines de l'oreille 453
§ 8. Anatomie pathologique 450
§ 9. Fréquence 468
§ 10. Causes 469
1° Causes prédisposantes 469
2° Causes occasionnelles 471
§ 11. Diagnostic 476
Manie ambitieuse 476
Monomanie ambitieuse 477
Stupeur mélancolique 478
Démence simple 480
Ramollissement du cerveau 480
§ 12. Traitement 481

TROISIÈME PARTIE. — ÉTATS MORBIDES SE RATTACHANT INDIRECTEMENT A L'ALIÉNATION MENTALE.

CHAPITRE PREMIER. — Idiotie et crétinisme 487
ARTICLE PREMIER. — De l'idiotie 487
§ 1er. Définition 487
§ 2. Divisions 488
§ 3. Description 489
Idiots complets 489
Idiots au 2e degré 490
Imbéciles 492
Enfants arriérés 494
Intelligences anormales 495
§ 4. Causes 497
§ 5. Anatomie pathologique 499
Volume et forme de la tête 500
Poids du cerveau 501
Vices de conformation du cerveau 502
§ 6. Diagnostic 503
§ 7. Traitement 504
ART. II. — Du crétinisme 506
§ 1er. Définition 506
§ 2. Description 506
Crétineux 508
Demi-crétins 508
Crétins complets 510
§ 3. Étiologie 512
1° Causes locales permanentes 513
2° Causes sociales amovibles 514
3° Causes individuelles 514
§ 4. Nature et cause prochaine de crétinisme 519
§ 5. Traitement 519
CHAPITRE II. — De l'épilepsie 521
§ 1er. Définition et synonymie 521
§ 2. Etiologie 522
§ 3 Description 524
Grand accès 526
Vertige 529
§ 4. Physiologie pathologique 530
§ 5. Marche et terminaisons 532
§ 6. De l'état mental des épileptiques 534
Modification du caractère sans aliénation 535

Folie épileptique 536
— liée à l'accès convulsif 536
— survenant dans l'intervalle des accès 541
Troubles intellectuels permanents 241
§ 7. Diagnostic 543
1° Épilepsie simulée 543
2° Accès hystérique et accès épileptique 544
3° Hystéro-épilepsie 545
§ 8. Traitement 547
CHAPITRE III. — De l'hystérie 553
§ 1er. Définition 553
§ 2. Étiologie 553
§ 3. Début et marche 556
§ 4. Symptomatologie 557
1° Attaques convulsives 557
2° Attaques de formes variables, spasme, coma, catalepsie 560
§ 5. Des troubles intellectuels dans l'hystérie 562
1° Modifications du caractère et de l'intelligence 562
2° Délire survenant au moment de l'accès convulsif 563
3° De la folie hystérique et de ses variétés 564
Folie hystérique épidémique 569
§ 6. Traitement 573
CHAPITRE IV. — De la chorée ou danse de Saint-Guy, au point de vue de l'état mental 576
§ 1er. Historique 577
§ 2 De l'immunité que présentent certains choréiques quant aux troubles intellectuels 578
§ 3. Des troubles intellectuels dans la chorée 580
Modifications de la sensibilité morale et de l'intelligence 580
Hallucinations 583
Délire maniaque 581
§ 4. Traitement 589
CHAPITRE V. — De la pellagre 590
§ 1er. Définition 590
§ 2. Symptômes 591
§ 3. Marche 595
§ 4. Anatomie pathologique 596
§ 5. Étiologie 597
§ 6. Diagnostic 601
§ 7. Traitement 602
CHAPITRE VI. — De l'alcoolisme 603
§ 1er. Définition 603
§ 2 Fréquence 604
§ 3. Étiologie 605

§ 4. Physiologie pathologique..... 606
§ 5. Symptomatologie..... 607
I. Alcoolisme aigu..... 607
1° Ivresse simple..... 609
Ivresse convulsive..... 609
2° Folie alcoolique aiguë..... 610
— forme maniaque..... 611
— — mélancolique..... 614
Alcoolisme chronique..... 615
1° Période intermédiaire..... 615
2° Période terminale..... 621
Démence..... 621
Paralysie générale..... 622
§ 6. Pronostic..... 623
§ 7. Traitement..... 625
APPENDICE. — Applications médico-légales..... 629
§ 1er. Du rôle du médecin expert dans l'appréciation des questions médico-légales relatives à la folie..... 629
§ 2. De la folie simulée..... 632
§ 3. Questions médico-légales relatives à la folie..... 636
Manie transitoire..... 637
Ivresse..... 640
§ 4. Questions médico-légales relatives à la monomanie..... 643
§ 5. De la paralysie générale au point de vue médico-légal..... 647
§ 6. Idiotie et imbécillité..... 648
§ 7. De l'appréciation de l'état mental dans les affaires civiles..... 649
§ 8. De la valeur de l'intervalle lucide..... 651
§ 9. De la valeur du témoignage d'un aliéné..... 652
§ 10. Des mesures judiciaires applicables aux aliénés..... 653
Loi sur les établissements d'aliénés en France..... 658

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

INTRODUCTION.

Historique. — Première période, livres hippocratiques, médecins grecs et latins. — Deuxième période, XV^e^, XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. — Troisième période, Pinel, Esquirol et leurs contemporains.

Des principes et de la méthode à suivre dans l'étude des maladies mentales.

La folie appartient principalement à la classe des névroses. — Caractères généraux des névroses.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Avant d'aborder l'étude des maladies mentales, il est utile et digne d'intérêt de rechercher, au milieu de l'histoire générale de la médecine, quelles vicissitudes a subies cette branche spéciale de la pathologie et par quelle série de progrès elle est arrivée à se constituer.

L'étude de la folie fut vivement éclairée à ses débuts par les travaux et les observations des médecins grecs et latins; malgré des idées théoriques erronées dues à leurs notions

insuffisantes en anatomie et en physiologie, ils mirent en lumière un grand nombre de points importants et posèrent surtout des règles de traitement inspirées par une grande sagesse et une rare expérience pratique. Au moment de la décadence des lettres et des arts, pendant les premiers siècles de l'ère chrétienne et même au moyen âge, on oublia les préceptes légués par la médecine antique, et la pathologie mentale tomba dans un profond discrédit. Oubliée des arabistes, égarée plus tard au milieu des théories mystiques et des interprétations erronées des métaphysiciens du moyen âge, elle resta jusqu'au XVI^e^ siècle dans cette voie de ténèbres. Alors seulement elle sortit peu à peu du domaine de la théologie et fut revendiquée par la médecine, qui chercha à expliquer par des lois physiologiques des faits regardés jusqu'alors comme surnaturels; mais ce travail fut lent et pénible. Les premiers médecins qui reprirent ainsi l'étude de la folie se dégagèrent avec peine des préjugés de leur siècle, et les documents qu'ils nous fournissent, épars au milieu des traités de médecine, soumis à toutes les vicissitudes des théories médicales régnantes, ne nous donnent que de loin en loin quelque idée nouvelle et féconde. Sans doute, à mesure qu'on s'approche du XVIII^e^ siècle, les progrès deviennent plus réels, mais il faut arriver jusqu'à Pinel et à Esquirol pour signaler le début d'une ère nouvelle dans l'étude de la folie.

Afin de mieux apprécier ces diverses phases, nous diviserons en trois périodes l'histoire de la médecine mentale. La première comprendra les médecins grecs et latins jusqu'à la décadence; la seconde, le moyen âge; la troisième, l'époque moderne depuis Pinel. Dans chacune de ces périodes, nous mentionnerons brièvement les faits les plus saillants, et, chemin faisant, nous dirons un mot des événements historiques se rattachant aux affections nerveuses, dont l'interprétation, telle qu'elle a été donnée par les esprits les plus éclairés de

l'époque, donne une mesure exacte du niveau scientifique du moment. Nous restreindrons dans d'étroites limites ce sujet qui comporte de si grands développements (1).

ARTICLE I.

PREMIÈRE PÉRIODE. LIVRES HIPPOCRATIQUES, MÉDECINS GRECS ET LATINS.

Les livres hippocratiques, qui résument toute une époque scientifique, ne présentent sur les maladies mentales aucune doctrine bien arrêtée. Çà et là se trouvent seulement quelques faits curieux, quelques réflexions sagaces suggérées par un grand talent d'observation et par un grand sens pratique : « grincer des dents quand ce n'est pas une habitude d'enfance, menace le malade d'un délire maniaque, et cela est grave (2). » « Dans la mélancolie et dans les maladies des reins, l'apparition d'hémorrhoïdes est favorable (3). »

« Aux gens tristes, malades et qui veulent s'étrangler, faites prendre, le matin, en boisson, la racine de mandragore, à une dose moindre qu'il ne faudrait pour causer le délire; appliquez aux tendons de la partie postérieure des sachets chauds (4). »

Hippocrate décrit la phrénitis d'après son étymologie : il en place le siége au centre phrénique, bien différent en cela des auteurs qui, plus tard, la regardèrent comme une affection cérébrale et délirante; il insiste particulière-

(1) Voy. *Recherches historiques sur la folie*, par U. Trélat, 1839. — Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 1845. — Archambault, introduction historique et statistique, à la Traduction du *Traité de l'aliénation mentale* d'Ellis, 1840. — Lasègue et Morel, *Études historiques sur l'aliénation mentale* (*Ann. méd.-psychologiques*, 1844, t. III et suiv.).

(2) *Œuvres complètes*, édit. Littré, t. II, p. 121. *Pronostic.*

(3) Tome IV, *Aphorismes*, 6e section, aphorisme II.

(4) Tome VI, *Des lieux dans l'homme*, § 39.

ment sur la douleur des hypochondres : elle peut, dit-il, se changer en péripneumonie (1). La phrénitis se produit quand la bile, mise en mouvement, pénètre dans les veines et dans le sang, lui ôte sa constitution habituelle et l'échauffe; la mort arrive quand le sang est refroidi par le phlegme (2).

Les observations ayant trait à des affections mentales sont énoncées avec précision. Dans le *Traité des maladies* (3), se trouve la description d'un cas très net d'hypochondrie. Au § 72, est noté un fait d'hypochondrie avec mélancolie, terreurs et visions. Dans le *Traité des affections internes* (4), on rencontre la description d'un accès de manie aiguë. Le fait suivant ressemble à un accès de *delirium tremens* avec terminaison favorable (5) : « Timocrate but beaucoup..., ayant été pris de manie par suite de bile noire, il prit le médicament évacuant... Il s'endormit, le sommeil dura toute la nuit : pendant le sommeil, il ne semblait pas aux assistants respirer, mais il paraissait mort et ne percevait rien. Le malade vécut et se réveilla. » Plus loin, se trouve une observation analogue à celles que nous rencontrons chaque jour chez des alcooliques en proie à des illusions et à des hallucinations de la vue (6) : « Affection de Nicanor : quand il se lançait à boire, la joueuse de flûte l'effrayait : entendait-il dans un festin les premiers sons de la flûte, des terreurs l'obsédaient; de jour, il n'éprouvait aucune émotion. »

Je passe sous silence le quarantième aphorisme de la cinquième section : « chez les femmes, une congestion de sang dans les mamelles annonce la folie, » aphorisme obscur

(1) Tome VI^e^, *Des affections*, § 10.
(2) Tome VI^e^, *Des maladies*, liv. I^er^, § 30-34, p. 200.
(3) Tome VII, liv. II, § 66, p. 101.
(4) Tome VII, p. 284, § 48.
(5) Tome V, *Épidémies*, V^e^ liv., § 2.
(6) § 84.

dont vainement, dans un autre travail, j'ai cherché l'explication (1).

Hippocrate connaissait les relations de la folie et de l'épilepsie, et son *Traité de la maladie sacrée* renferme des aperçus remarquables. « Les mélancoliques, dit-il, (2) deviennent d'ordinaire épileptiques, et les épileptiques mélancoliques; de ces deux états, ce qui détermine l'un de préférence, c'est la direction que prend la maladie : si elle se porte sur le corps, c'est l'épilepsie qui survient, si elle atteint l'intelligence, c'est la mélancolie. » Plus loin (3) il rapporte l'observation d'une affection épileptiforme avec embarras dans la parole après chaque chute. Quant à la maladie sacrée (4), « elle n'offre par elle-même, dit Hippocrate, rien de divin ni de sacré; l'inexpérience et le merveilleux en ont seuls fait quelque chose de divin. » A côté d'un edescription parfaitement exacte de l'épilepsie, l'auteur note les paralysies partielles qui peuvent être la suite de l'état convulsif; il insiste sur les influences qui déterminent le retour de l'accès, et émet plus loin cette idée théorique : la bile et la pituite produisent tous ces effets sur le cerveau; les fous, par l'effet de la pituite, sont paisibles et ne crient ni ne s'agitent; les fous, par l'effet de la bile, sont criards, malfaisants, toujours en mouvement, toujours occupés à faire quelque mal.

Le livre d'Arétée (5) [81 après J.-C.] renferme sur la folie des données très concises, mais infiniment plus complètes et plus générales que les pensées éparses que nous venons de rapprocher. Arétée appelle la mélancolie : *animi angor in una cogitatione defixus, absque febre*, définition

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, p. 148.

(2) Tome V, p. 355, VI^e^ livre *Des épidémies*, 8^e^ section, § 31.

(3) Tome V, p. 415, VII^e^ livre *Des épidémies*, § 46.

(4) Tome VI, p. 353.

(5) Arétée, *De causis et signis diuturnorum morborum*, liber primus, cap. 5 et 6, édit. Kühn, Leipzig, 1828, p. 74.

remarquable et dans laquelle nous retrouvons les deux points sur lesquels s'est appuyé Esquirol pour spécifier la lypémanie, d'une part, la tristesse, de l'autre, l'existence d'une seule idée délirante. Il dépeint l'état mélancolique avec une perfection rare, et à côté de la mélancolie, donne un tableau exact de l'excitation maniaque qu'il sépare avec soin du délire fébrile, des délires causés par la jusquiame et la belladone, et de la démence sénile.

Hippocrate n'avait parlé que vaguement des hallucinations, Arétée les indique avec netteté : il parle des malades qui ont des bourdonnements et des tintements d'oreilles, qui même semblent entendre le bruit des oiseaux et des flûtes, il cite les odeurs fétides qui précèdent l'accès d'épilepsie, il indique même les images rouges qui se présentent aux yeux de certains malades. Faisant allusion aux prêtres de Cybèle, il rapporte comme un nouveau genre de folie, l'histoire de ceux qui se mutilent pour se rendre agréables à leurs dieux, et qui se croient initiés alors qu'ils restent pâles, décolorés et exténués par leurs douleurs. Un chapitre à part est consacré à l'épilepsie. Là, se trouvent signalés non-seulement l'état convulsif, mais encore l'état mental des épileptiques, leur attitude, les moments de fureur et l'affaissement intellectuel qui accompagnent les accès.

Arétée appartenait à la secte des pneumatistes. Pour lui, le cœur est le foyer du pneuma, de la substance aérienne qui anime toute l'économie : le vertige tient à ce que le pneuma tourne continuellement en cercle, l'épilepsie elle-même est causée par la rétention anormale du pneuma; mais, quoi qu'il en soit de ses idées théoriques, il a donné à ses descriptions une vigueur, une véracité qui peuvent encore servir de modèle, et qui font vivement regretter que la partie de ses œuvres qui développe le traitement de la folie ne nous soit pas parvenue.

Cœlius Aurelianus [230 après J.-C.], de la secte des mé-

thodistes, le traducteur et le commentateur de Soranus [97-117 après J.-C.] dont les œuvres ne sont pas arrivées jusqu'à nous, complète l'œuvre d'Arétée, et présente dans ses écrits plus d'un point remarquable. Sous le nom de phrénésie, il comprend la plupart des affections aiguës avec délire; il la définit, comme Démétrius, un violent délire avec fièvre, finissant par une mort rapide ou par la santé; il place dans la tête le siége de cette maladie, et cherche à la distinguer de l'aliénation mentale. Chez les phrénétiques, dit-il (1), la fièvre précède le délire; chez les aliénés, le trouble des facultés intellectuelles précède la fièvre; le pouls est petit, fréquent, chez les phrénétiques; il est grand chez les maniaques qui ne présentent ni crocidisme, ni carphologie. Actuellement encore nous ne saurions mieux séparer la manie des délires symptomatiques.

Cœlius Aurelianus donne de la manie une bonne description (2). A l'exemple de Platon, il admet deux espèces de fureurs : l'une est inspirée par Apollon et s'accompagne du don de prophétie, l'autre provient du corps. Dans cette origine surnaturelle attribuée à certains délires, on retrouve non sans étonnement le point de départ de cette opinion si puissante au moyen âge, que des esprits et le plus souvent des esprits malfaisants, pouvaient s'introduire dans le corps des hommes et causer par leur intervention des actes analogues à la folie. Sous le nom de manie, l'auteur confond, d'ailleurs, des états bien différents. Parmi les maniaques, dit-il, l'un se croit moineau, coq ou vase de terre; un autre tuile ou dieu, orateur, acteur comique ou tragique; celui-ci porte gravement un chalumeau de paille et s'imagine tenir le sceptre du monde; on en a vu pousser les vagissements d'un enfant et demander à être portés sur la main.

(1) Cœlii Aureliani siccensis *De morbis acutis et chronicis*, lib. VIII. Amstelœdami, 1727. Acut. morb., lib. I^er^, chap. 6, p. 18.

(2) *Morbis chronic.*, lib. I^er^, cap. 5, p. 325.

Les notions assez avancées de Galien sur la physiologie de certaines parties du système nerveux, semblent difficilement conciliables avec ses idées théoriques, et l'on est étonné de trouver, dans ce grand esprit, si peu de connaissances précises sur le sujet qui nous occupe.

Après Paul d'Egine [634 après J.-C.], dont les écrits n'ont que peu d'importance à notre point de vue, nous retombons dans une longue période d'ignorance et de barbarie, pendant laquelle la science reste muette ou se borne à répéter ce qui avait été dit par les anciens. Les arabistes eux-mêmes qui, sur certains points de la médecine, établissent une transition féconde entre les derniers médecins grecs et latins et le moyen âge, ne nous donnent sur la pathologie mentale aucun aperçu nouveau. Ils insistent seulement sur ce fait, que la folie a souvent son siége dans différents viscères, et surtout dans le foie, la rate, et reviennent sans cesse sur cette pensée que des recherches ultérieures ont en grande partie confirmée en démontrant l'existence des folies sympathiques.

ARTICLE II.

DEUXIÈME PÉRIODE, XV^e^, XVI^e^, XVII^e^ ET XVIII^e^ SIÈCLES.

C'est en vain encore que pendant les siècles qui ont précédé la renaissance des sciences en Europe, on chercherait quelque auteur digne d'être signalé; l'étude de la folie se perd au milieu de l'ignorance et de la confusion générale, et il faut arriver jusqu'au XV^e^ siècle pour renouer, au point de vue de l'histoire, cette chaîne si longtemps interrompue. A cette époque où les sciences naturelles dominées par les idées théologiques du temps et par une tradition incomplète, n'étaient pas encore entrées librement dans la voie de l'observation, l'étude de la folie devait subir une déviation remarquable. Hippocrate, Arétée, Cœlius Aurelianus, Celse, Galien avaient admis, nous l'avons vu, l'existence des

hallucinations, et envisageaient les diverses formes de folie comme des états pathologiques. Au XV^e^ siècle, la saine tradition médicale fut totalement méconnue pour faire place aux interprétations surnaturelles et à l'intervention des idées religieuses dans des faits purement pathologiques; les hallucinations ne furent plus un phénomène morbide, elles s'expliquèrent universellement par l'existence d'êtres surnaturels, de puissances actives et intelligentes placées entre Dieu et l'homme; chaque hallucination avait aussi une cause extérieure positive, et là où le médecin reconnaît actuellement un phénomène purement subjectif, le théologien ne voyait que les effets pernicieux d'une puissance infernale, hostile à la puissance divine, et qui devait être combattue par les exorcismes, par les tortures et le bûcher. On sait quelles furent les conséquences pratiques d'une semblable théorie.

Il faut le dire, d'ailleurs, tout dans les traditions de l'antiquité païenne, dans l'Ancien Testament, dans les récits innombrables des saints, tendait à faire admettre comme irrécusable cette croyance à des spectres, à des ombres intervenant dans les affaire d'ici-bas, se présentant aux hommes sous une forme visible et palpable, faisant entendre leurs voix, donnant des conseils et annonçant l'avenir. La mythologie ancienne avait peuplé l'univers de dieux de toutes sortes. Aristote admettait pour présider aux mouvements des corps célestes un certain nombre d'intelligences secondaires. Les visions de Pausanias, de Brutus, de Cassius, de Constantin, visions complexes, célébrées par la tradition et par l'histoire; l'ânesse de Balaam, l'ange Gabriel, compagnon de Tobie, le messager céleste qui ordonne à Pierre de se lever, de se vêtir et qui fit tomber ses chaînes, celui qui apostropha Daniel sur les bords du Tigre, les visions de saint Antoine, de saint Martin, de saint Augustin et de tant d'autres saints et martyrs, tous ces faits que l'on pourrait accumuler en si grand nombre, constituaient des autorités irrécusables sur lesquelles

s'appuyaient les philosophes, les métaphysiciens, les théologiens pour étayer leurs croyances; ils admettaient d'ailleurs une distinction fondamentale : si les saints étaient visités par des anges, tous les personnages de l'antiquité voués au paganisme et ayant éprouvé des visions, étaient en rapport avec le diable et avec les esprits infernaux. Il en était de même des maniaques, des convulsionnaires, chez lesquels le démon s'était insinué par un des orifices naturels, mettait en jeu la langue, le pharynx, le poumon et tout l'appareil vocal pour produire les sons et les mouvements les plus étranges. Le moindre doute pourrait-il exister pour les sorciers qui racontaient leurs voyages à travers les airs, et avouaient avec les plus grands détails les profanations et les sacriléges dont ils se rendaient coupables au milieu des réunions diaboliques du sabbat?

Telle était la croyance universelle au xv^e^ siècle, et si l'on rencontre quelques auteurs, Nider par exemple, cité par M. Calmeil, qui regarde certains états nerveux comme occasionnés, non par le démon, mais par une maladie réelle, ces faits restaient isolés, leurs auteurs ne songeaient pas à les généraliser, et les opinions dominantes n'en éprouvaient aucune modification.

Nous retrouvons au xvi^e^ siècle la même croyance à l'influence malveillante des démons sur la production des troubles intellectuels. Ce ne sont plus seulement ici des théologiens, des philosophes, mais des médecins, et des médecins éminents qui poussent l'esprit public dans cette voie déplorable; à côté de Bodin, dont le livre sur la démonomanie est si connu, de Boquet et de tant d'autres, nous devons citer aussi Fernel et Ambroise Paré. Fernel (1) [1497-1558], à la fois médecin et astronome distingué, a donné des descriptions concises

(1) J. Fernelii *universa medicina*, in-folio. Genevæ, 1679, lib. II, cap. 16, p. 802.

de la manie, de la frénésie, de l'hypochondrie et de la mélancolie dont il admet plusieurs espèces. Il cite souvent Hippocrate et Galien, et néanmoins il admet l'action des esprits malins sur l'homme; il croit que les adorateurs du démon peuvent, à l'aide d'imprécations, attirer les esprits déchus dans le corps de leur ennemi; les possédés ressemblent aux maniaques ordinaires, mais ils ont le privilége de lire dans le passé et de deviner les choses les plus secrètes. Aussitôt qu'on fait retentir à leur oreille quelques paroles à la louange de Dieu, ils deviennent tout tremblants. Fernel dit avoir été témoin d'un cas de délire causé par la présence du diable dans l'organisme, et qui fut d'abord méconnu par les plus doctes médecins de l'époque.

D'après Ambroise Paré, le père illustre de la chirurgie française, « les démons se forment tout subit en ce qui leur plaist; souvent on les voit se transformer en serpents, crapaux, chats-huants, corbeaux, boucs, asnes, chiens, chats, loups, taureaux; ils se transmuent en hommes et aussi en anges de lumière; ils heurlent la nuit et font bruit comme s'ils étaient enchaînés...., ceux qui sont possédés des démons parlent la langue tirée hors de la bouche, par le ventre, par les parties naturelles; ils parlent divers langages incognus, font trembler la terre, tonner, esclairer, venter, desracinent et arrachent les arbres, font marcher une montagne d'un lieu en un autre, souslèvent en l'air un chasteau en sa place (1), etc. »

Malgré ces graves autorités, les protestations contre de semblables doctrines commencent à devenir plus hardies, plus fréquentes et plus nettement accusées. Nider, tout en admettant encore cette influence des démons devenue un article de foi, médite à fond les symptômes de la démonomanie, de la lycanthropie, de la mélancolie religieuse. Il a vu de près beaucoup d'aliénés, a réfléchi sur le contenu des procès

(1) A. Paré, *Œuvres*, édit. Malgaigne, t. III, p, 53 et seq.

de sorcellerie qui ont eu le plus de retentissement dans la chrétienté; il est demeuré convaincu que les lycanthropes, les stryges que l'on s'acharne à brûler, sont en dehors de leurs habitude de raison (1); il s'élève contre l'usage où l'on est de les jeter dans des cachots sombres, froids, humides, où le chagrin, le désespoir, la frayeur, achèvent de bouleverser leur moral et leur entendement. C'est, dit-il, cet usage inhumain, l'âge avancé des malades, la douleur qu'excite le supplice de la question et l'enivrement où ces somnifères jettent souvent les victimes auxquelles des juges cruels les font administrer, qui ont le plus contribué à grossir le chiffre des prétendus disciples de Satan.

Alciat, le grand jurisconsulte, Leloyer, Montaigne enfin, ne craignent pas à leur tour d'attaquer violemment toute croyance à la sorcellerie; ils osent écrire que la démonolâtrie est une maladie; ils révoquent en doute les témoignages des sorciers et les récits insensés de leurs voyages à travers les airs, des nuits passées au sabbat, alors qu'ils ont été vus dormant chez eux sans sortir de leur lit. Si parfois, disent-ils, les sorciers se laissent aller à des actes déraisonnables, s'ils commettent des homicides, c'est qu'ils ne sont plus capables d'apprécier la portée de leurs actions ou de résister à leurs impulsions. Montaigne démontre combien les arguments de ceux qui croient à la sorcellerie laissent de doute dans l'esprit. Après tout, dit-il, c'est mettre ses conjectures à un bien haut prix que d'en faire cuire un homme tout vif (2).

A partir du XVII^e^ siècle, l'impulsion donnée par Wier, Leloyer, Montaigne, à la saine appréciation des symptômes de la folie, se fait énergiquement sentir, rendue plus vive encore, quoique d'une manière indirecte, par les immortels

(1) Calmeil, *De la folie*, t. I^er^, p. 191.

(2) Montaigne, *Essais*, édit. 1725, in-4°, t. III, p. 283. — Calmeil, p. 200 et seq.

travaux de Bacon, de Descartes, de Pascal, de Leibnitz et de Newton, qui poussent l'esprit humain dans une voie nouvelle. Désormais, à part les ouvrages du conseiller Delancre sur la sorcellerie et le livre sur la démonologie de Torreblanca, il ne se produit plus de travaux importants dans cette déplorable direction. Baillou, Nicolas Lepois, Felix Plater, Sennert, Sylvius, Bonet approfondissent toutes ces questions au point de vue médical, et cherchent, sans toujours y réussir, à secouer le joug des préjugés si tenaces légués par les siècles précédents.

Baillou [1538-1616] (1) revient aux doctrines des anciens sur les causes physiques du délire, reproduit les idées d'Hippocrate et de Galien, rapporte au moins trente exemples d'épilepsie, d'hypochondrie, de mélancolie, décrit l'hystérie et les principales formes de maladies vaporeuses, n'accorde rien à l'intervention des causes surnaturelles, et fait enfin quelques tentatives anatomo-pathologiques en attribuant une certaine valeur étiologique à la sérosité cérébrale.

Félix Plater [1536-1614], outre son ouvage de médecine pratique, nous a laissé un recueil d'observations. Dans son travail, les affections mentales occupent une place importante et inusitée; il est en effet remarquable que les lésions de l'entendement deviennent pour cet auteur le point de départ de toute une classification, classification purement artificielle, car elle réunit les maladies les plus différentes. Il distingue quatre classes; 1° *mentis imbecillitates*; 2° *defatigationes*; 3° *consternationes*; 4° *alienationes*.

Dans la première et la seconde classe, il confond la démence simple, la démence sénile, l'imbécillité et l'idiotie (*stultitia originalis*). Il indique et décrit les traits caractéristiques du crétinisme, et rapproche de ces états spéciaux tous les cas de maladies cérébrales dans lesquels on constate

(1) Ballioni *Opera omnia*. Genevæ, 1762, 4 vol. in-8°.

un affaiblissement plus ou moins marqué de la mémoire.

La troisième classe (*mentis consternationes*) comprend les maladies fort disparates : en parcourant les observations correspondantes, on y trouve des faits d'apoplexie cérébrale, de catalepsie, des affections convulsives de toute sorte, des cas d'épilepsie, de somnambulisme, de tumeurs cérébrales, et même d'asphyxie par la vapeur de charbon.

Parmi les *aliénations d'esprit* se trouvent la frénésie, la manie, la mélancolie, l'hypochondrie, la choréomanie. Toutes ces formes sont décrites avec une grande exactitude, avec des détails qui indiquent une réelle expérience de la médecine mentale, et dépassent à ce point de vue tout ce qui avait été écrit antérieurement. On trouve avec intérêt, parmi les observations, deux faits répétés partout et devenus classiques, d'impulsions homicides constituant à elles seules toute la folie : le plus connu d'entre eux a trait à une femme qui, à deux reprises différentes étant devenue grosse, fut prise du désir de tuer l'enfant qu'elle avait dans son sein, et conservait ce désir après l'accouchement et pendant l'allaitement. Elle cachait cette impulsion, et à diverses reprises essaya de se tuer pour échapper à cette fatale tentation. Enfin elle avoua à Plater la cause de ces tentatives de suicide. Des saignées et des purgatifs répétés finirent par la guérir (1).

A côté de doctrines et de descriptions dont l'ensemble constitue un progrès scientifique réel, ce n'est pas sans une surprise pénible que l'on voit Plater admettre encore que les esprits déchus peuvent porter le désordre dans l'organisme humain : il cherche même à distinguer la folie ordinaire de la folie démoniaque, et assigne principalement à la dernière la faculté de prédire l'avenir, de deviner la pré-

(1) F. Plateri, *In mentis alienatione observationes*, lib. I^er^, p. 49. Basileæ, 1641. — *Praxeos medicæ*, tomi tres, édit. in-4°. Basileæ, 1736.

sence des choses cachées, de parler des langues qui n'avaient point été apprises. Les exorcismes, dit-il, peuvent seuls venir en aide aux possédés.

Ch. Lepois (1) [1563-1633] insiste particulièrement sur les phénomènes convulsifs de l'hystérie, qu'il décrit avec une grande exactitude; il s'attache à prouver que le siége de la maladie est exclusivement cérébral, car le cerveau, dit-il, préside à l'exercice des mouvements volontaires, de la sensibilité et de la pensée. Par cette interprétation d'une vérité physiologique rigoureuse, Lepois combat implicitement les idées de possession qui s'attachaient principalement aux convulsions hystériformes.

On trouve dans Sennert (2) [1618-1637] tout ce que les anciens ont écrit sur la folie. Son travail n'offre d'original que quelques observations recueillies par cet auteur dans sa pratique, et appréciées par lui avec justesse. Mais tout en plaçant dans le cerveau le siége de la maladie, Sennert admet encore dans certains cas l'influence des causes surnaturelles; il reconnait une variété d'extase provoquée par des influences diaboliques et croit que, grâce à l'intervention du démon, les lycanthropes possèdent en réalité la forme d'un loup. Et cependant de 1621 à 1635 avaient successivement paru les sept livres de médecine légale de Zacchias (3) [1584-1659], esprit encyclopédique qui doit être considéré comme le fondateur de cette branche des sciences médicales, et qui, dans ses consultations médico-judiciaires, envisage avec une grande sagacité plus d'une question de pathologie mentale.

Sylvius (François de le Boë ou du Bois) [1614-1672] se fait remarquer par une analyse méthodique et rationnelle des lésions élémentaires des affections nerveuses. Il parle des troubles des divers sens, des erreurs qui se rapportent à

(1) Caroli Pisonis, etc. *Liber singularis*, edente H. Boerhaave, 1768, in-4°.

(2) D. Sennerti *Opera omnia*. V. Calmeil, t. I, p. 379.

(3) *Quæstiones medico-legales*. Lugduni, 1655-1661.

l'imagination, au raisonnement, au jugement, à la mémoire, aux passions de l'âme, aux mouvements volontaires, et insiste plus particulièrement sur tout ce qui concerne la physiologie du système nerveux. Il traite du délire et de toutes les affections nerveuses en général, sans apporter à cette étude aucun document digne d'intérêt.

Sydenham [1624-1689] ne dit que quelques mots de la folie, et il traite d'une manière purement incidente ce sujet, qui ne fut jamais l'objet de son attention spéciale. Il parle très brièvement de la manie et de la mélancolie. Un seul point intéressant de pratique que nous rappellerons plus tard se trouve signalé dans ses ouvrages. Je veux parler de la manie développée à la suite de fièvres intermittentes, dans laquelle l'auteur vante, et avec raison, l'utilité d'un traitement tonique et fortifiant (1).

Les travaux de Willis (2) [1622-1675] offrent plus d'importance à notre point de vue spécial. Dans le volume que cet auteur consacre presque en entier à la pathologie cérébrale, ce qui frappe tout d'abord, ce sont d'incessantes analogies qu'il cherche à établir entre certaines réactions chimiques et les modifications qu'il attribue dans la folie aux esprits animaux. « Dans la manie les esprits animaux font effervescence, de même que certains réactifs au contact des acides concentrés. » Ces comparaisons si fréquentes et qui indiquent peut-être une tendance d'esprit plus positive, embarrassent singulièrement toutes les descriptions; parmi les idées que cet auteur met en lumière, il en est cependant quelques-unes qui frappent l'attention du lecteur. En traitant de la manie, il parle de la succession de la manie et de la mélancolie, et dans cette indication se retrouvent les premières traces de ce qui a été décrit plus tard sous le nom de folie à double

(1) Sydenham, *Médecine pratique*. Traduction de Jault, p. 74, *Fièvres intermittentes*, § 53 et seq.

(2) Thomæ Willis *Opera omnia*. Lugduni, 1681.

forme (1). Sous le nom de *mélancolie* il décrit tous les délires autres que la manie, et établit une distinction frappante entre le délire qui porte sur un seul objet (*melancholia specialis*), et celui qui roule sur plusieurs objets à la fois (*melancholia universalis*) (2). Sous le nom de *stupidité* (*de stupiditate sine morosi*) il réunit, comme le fit encore Pinel, l'imbécillité, l'idiotie, la démence et même la stupeur. Il insiste sur l'influence de l'hérédité et de certaines causes morales, et cependant admet encore, par une contradiction qui étonne, l'influence des esprits sur l'économie humaine : l'âme peut s'éclipser et les démons s'insinuant à sa place peuvent se substituer à elle au moins dans certaines limites (3), grave concession aux idées théologiques de son époque et qui, malgré les réserves de l'auteur, devait enlever à ce livre une grande partie de l'influence heureuse qu'il aurait dû exercer sur l'esprit public.

Willis indique des règles de traitement pleines de sens; il donne des formules nombreuses, vante bien des médicaments internes et externes, mais ne craint pas de conseiller encore des moyens de rigueur : *Prima indicatio curatoria disciplinam, minas, vincula æque ac medicinam requirit* (4). *furiosi nonnunquam citius per supplicia et cruciatus, quam pharmacia aut medicamentis curantur.*

Le *Sepulchretum* de Théophile Bonet (5), qui est un des derniers ouvrages importants du XVII^e^ siècle, et qui résume avec assez de méthode les faits acquis jusque-là à la science, se fait remarquer non par une étude approfondie des symptômes de la folie, mais par la grande importance que l'au-

(1) *Loc. cit.*, p. 255.

(2) *De melancholia*, p. 252, cap. 11.

(3) P. 494.

(4) P. 261.

(5) Th. Bonet, *Sepulchretum, sive anatomia practica*, édit. 1700, 3 vol. in-folio.

teur est disposé à accorder aux lésions viscérales dans la production des maladies de l'esprit. Dans la nymphomanie il recherche les altérations organiques de l'appareil génital; dans l'hypochondrie il constate que la rate et les viscères de la digestion sont bien souvent lésés, et, d'une manière générale, dans les observations fort intéressantes qu'il rapporte, ne néglige jamais de rechercher après la mort l'état des organes qu'on supposait avoir exercé une réaction sur l'appareil nerveux. Ce point de vue fécond sur lequel on n'avait pas autant insisté depuis les arabistes, forme avec les tendances anatomo-pathologiques de Th. Bonet, le trait caractéristique de ses ouvrages.

A côté de ces travaux d'ensemble, signalons enfin quelques points de détail et surtout quelques essais thérapeutiques remarquables, sinon par leur valeur, du moins par leur singularité. C'est ainsi que je trouve l'observation d'un homme qui, ayant eu déjà des accès de manie, fut traité et guéri d'un nouvel accès par la transfusion du sang (1). Vers la même époque aussi on fit des tentatives pour guérir la folie à l'aide de la trépanation. Un homme de trente ans, rapporte Rhodius, était atteint d'une mélancolie très tenace; son crâne fut ouvert par Julius Casserius Placentinus, professeur d'anatomie et de chirurgie. Bien qu'il n'y eût aucune apparence de pus dans les membranes, le cerveau ventilé revient à la santé (2). Rondelet [1507-1561] avait longtemps auparavant rapporté l'observation d'une femme maniaque et mélancolique à qui le crâne fut ouvert par un événement fortuit, et qui finit par guérir après l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité (3).

(1) *Act. Philosoph. Londinensis*, juin 1668. Ex. Mangeti *Bibliotheca medico-practica*, lib. XI, p. 291, vol. III.

(2) Jos. Rhodius (de Copenhague), *Observat. medicinalium centuriæ tres.* Padoue, 1657. Centuria prima, observ. 43.

(3) Guillaume Rondelet, lib. I, cap. 41.

Au XVIII^e^ siècle, l'histoire de la pathologie mentale entre décidément dans une voie nouvelle. La médecine, obéissant à l'impulsion donnée aux sciences par Bacon et par Descartes, abandonne la tradition et les abstractions pures pour se livrer à l'observation des phénomènes naturels; les théories humorales cèdent peu à peu la place au solidisme, les symptômes sont analysés avec plus d'exactitude, enfin l'anatomie pathologique récemment créée, jette ses premières lumières aussi bien sur la folie que sur les autres branches des sciences médicales; d'un autre côté, les décisions des théologiens n'exercent plus aucune influence sur la classe éclairée. Sans doute on observe encore des épidémies nerveuses étranges, soit parmi les calvinistes persécutés, soit sur la tombe du diacre Pâris, et des actes de répression cruelle se produisent isolément; mais les parlements, les facultés de médecine consultés dans les cas de ce genre, reconnaissent unanimement la nature maladive des symptômes observés, et pour les combattre proposent avec fermeté et conviction l'emploi exclusif de mesures purement médicales.

Vieussens [1641-1720], dont les remarquables travaux anatomiques sur le système nerveux semblaient indiquer un esprit aimant à s'appuyer sur des données certaines, Vieussens se borne à chercher pour l'hypochondrie, pour l'hystérie, pour la manie, pour la mélancolie, des théories conformes à ses idées de chimiatrie et d'humorisme. La manie tient à l'agitation des esprits animaux provenant d'un grand feu existant dans le sang; le délire mélancolique est occasionné par un sang atrabilaire dont les parties terrestres, adustes, bilieuses, sulfurées, salines, changent le tempérament du cerveau, communiquent leur âcreté aux esprits et les meuvent irrégulièrement. Dans l'hypochondrie, la lymphe dégénérée par une surcharge de matière saline, acidule, communique au sang des qualités vicieuses; ce liquide, devenu épais, serré, terreux, altéré par un limon grossier, par

une lie impure, va former dans les capillaires du cerveau des espèces d'engorgements qui s'opposent à la libre sécrétion et à la circulation des esprits animaux. Au milieu de ces explications hypothétiques qui se reproduisent à chaque instant, un seul point semble acquis à la science : c'est la localisation dans le cerveau des diverses névroses dont le siége et la nature avaient été contestés par plus d'un auteur des siècles précédents.

Dans ses *Aphorismes*, Boerhaave [1668-1738] et son commentateur van Swieten [1700-1772] donnent de la mélancolie une bonne définition qui rappelle celle d'Arétée : *Melancholia vocatur ille morbus in quo æger delirat diu et pertinaciter, eidem fere et uni cogitationi semper affixus.* Les théories mécaniques de ces auteurs, la malignité du sang, l'atrabile, forment les points de départ d'où découle toute leur pathologie mentale; quand les parties les plus mobiles du sang se sont dissipées, il reste épais, noir, terreux, telle est l'origine de l'atrabile et des sucs mélancoliques, qui, circulant dans tout le corps, sont la cause première de la mélancolie; la même matière devenue immobile, plus dense et plus tenace, obstrue la rate, l'estomac, le pancréas, le mésentère, l'épiploon et cause l'hypochondrie. A côté de ces théories derrière lesquelles on retrouve à grand'peine quelques vérités physiologiques, se rencontrent cependant des traits descriptifs qui frappent vivement; telle est cette description de la stupeur mélancolique : *pulsus lentior; frigus majus; respiratio lenta; circulatio per sanguinea vasa bona; per lateralia minus bona; hinc humorum secretiorum et excretoriorum minor, tardior, crassior exitus; minor consumptio, parcior appetitus* (1). Ce passage, nous le verrons plus tard, contient en abrégé

(1) G. Van Swieten, *Commentaria in Hermani Boerhaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis*, t. III, § 1089-1127.

toutes les modifications physiologiques que la stupeur imprime aux fonctions animales.

Boerhaave décrit la manie en traits exacts et caractéristiques, il la distingue soigneusement de la frénésie : si l'étude spéciale de la folie n'emprunte à ce médecin éminent qu'un petit nombre de points importants, on ne saurait passer sous silence ses travaux sur la physiologie du système nerveux, sur l'influence des centres encéphaliques comme organes de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, sur les maladies causées par l'imagination, par les affections de l'âme; là se rencontrent, en effet, des données physiologiques qui permettront désormais de se livrer avec fruit à l'analyse rigoureuse des phénomènes de la folie.

Flemyng, Schatcht, Gorter, Perry, Kloekof, Raulin, cités par M. Calmeil (1), Pomme surtout dont le travail est si connu, ne traitent pas directement des maladies mentales, mais contribuent à élucider plusieurs points de la pathologie du système nerveux en étudiant avec soin l'hystérie et l'hypochondrie : la plupart admettent dans ces deux maladies une modification anormale des centres encéphaliques, et enseignent que les filaments propres aux nerfs sont tantôt dans un état de mollesse et d'atonie, tantôt, au contraire, dans un état d'éréthisme et de racornissement spasmodique. Dans le premier cas, on vantait les toniques et les fortifiants, tandis que Pomme, qui mit surtout en vogue la seconde théorie, préconisait les mucilagineux, les délayants et les bains prolongés.

Ces diverses hypothèses sur les altérations de structure du système nerveux indiquent moins de propension aux idées humorales et une tendance plus grande à l'examen des solides. Les immortels travaux de Morgagni [1682-1771] (2) achevèrent d'entraîner les esprits dans cette direction fé-

(1) *De la folie*, Paris, 1845, t. II, p. 207.

(2) *De sedibus et causis morborum per anatomen inducatis.* Lettres 8, 45, 59.

conde : Morgagni ne s'occupa que très peu de la folie, mais aucun détail d'anatomie pathologique n'échappe à son attention : l'épaississement de la membrane fibreuse qui enveloppe les hémisphères cérébraux, l'infiltration séreuse de la pie-mère, la diminution partielle de consistance de la substance du cerveau et du cervelet, la dégénérescence squirrheuse ou l'induration de la glande pinéale, le changement de couleur de la substance médullaire des hémisphères cérébraux, l'injection sanguine et l'état vésiculeux des plexus choroïdes, l'induration de la substance blanche du cerveau, telles sont les altérations qu'il constate sur les cadavres d'aliénés qu'il a ouverts, et bien qu'il n'ait pu saisir la connexion qui existe entre les lésions anatomiques et les symptômes observés, c'est un progrès immense que de voir signaler toutes ces lésions et reconnaître leur valeur.

Sauvages [1706-1767] envisagea la folie à un point de vue tout différent : nosologiste avant tout, il décrit et divise à l'infini les diverses formes de troubles nerveux. Sa huitième classe est constituée par les vésanies ou maladies qui troublent la raison : les vésanies elles-mêmes sont divisées en quatre ordres : les hallucinations, les morosités, les délires, les folies anomales.

Parmi les hallucinations, nous remarquons : le vertige, la berlue, la diplopie, le tintouin, l'hypochondrie, le somnambulisme.

Les morosités (désirs ou affections dépravées) sont : le pica, la boulimie, la polydipsie, l'antipathie, la nostalgie, la terreur panique, le satyriasis, la fureur utérine, le tarentisme, la rage.

Les délires comprennent les transports, la démence, la mélancolie, la manie, la démonomanie.

Les folies anomales sont l'oubli et l'insomnie.

Chacun de ces sous-genres offre à son tour des subdivisions plus ou moins nombreuses.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette classification pour voir combien elle rapproche de maladies disparates, et combien les désignations principales manquent de rigueur et de précision. Ainsi, les hallucinations forment une classe à part; mais ce symptôme était bien mal étudié et bien mal délimité, puisqu'on lui attribue l'hypochondrie et le somnambulisme à côté du tintouin et de la berlue. L'oubli et l'insomnie sont des symptômes et non des maladies, la rage est avant tout une affection virulente, tandis que d'autres maladies essentiellement nerveuses, comme l'extase, la catalepsie, la léthargie, se trouvent placées dans une classe à part et fort éloignée, les débilités.

Parmi les délires, la manie, la mélancolie, la démence, sont prises dans leur acception habituelle, on trouve même une bonne description de la mélancolie avec stupeur, *melancolia attonita* (1).

Malgré ses notables imperfections, la classification de Sauvages présente cependant un côté utile et fécond. En réunissant dans une même classe sous le nom de *vésanies*, des affections en apparence fort distinctes, Sauvages fait ressortir d'une manière toute spéciale le lien commun qui les unit, c'est-à-dire le trouble intellectuel que l'on doit admettre comme élément distinct dans la plupart des affections nerveuses énumérées plus haut. En donnant de chaque variété morbide une description concise, mais exacte et remplie de faits pratiques, en réunissant tous les matériaux épars de la pathologie mentale, cet auteur a présenté à ses successeurs un cadre complet qu'ils devaient peu à peu remplir, et a rendu ainsi à la science un service considérable que nul ne doit méconnaître.

Lorry [1725-1777] (2) désigne sous le nom de *mélancolie* une simple disposition d'esprit, provenant de quelque vice

(1) *Nosologie méthodique*, p. 359.

(2) A. C. Lorry, *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765, 2 vol. in-8°.

corporel, par suite de laquelle nous sommes fortement ébranlés par les objets extérieurs ou par des conceptions de l'imagination, de telle sorte qu'il est impossible de résister aux idées ainsi conçues. A proprement parler, il s'agit ici non de la mélancolie telle que la comprenaient Arétée et Boerhaave, mais de l'impressionnabilité nerveuse, du tempérament mélancolique. Partant de cette donnée, Lorry distingue deux espèces de mélancolie, la mélancolie des solides, la mélancolie des liquides ou mélancolie humorale. La mélancolie des solides, mélancolie nerveuse, spasme mélancolique, tient à la tension plus grande des fibres nerveuses, à leurs vibrations plus faciles et plus rapides; la mélancolie humorale est due à la présence de l'atrabile et des humeurs impures qui agissent sur toute l'économie. Dans ce cadre, l'auteur fait rentrer non-seulement l'étude de la manie, de la mélancolie délirante, de l'hypochondrie, des hallucinations, mais encore celle de l'épilepsie, de l'extase, de la catalepsie, du tétanos, de la fièvre lente nerveuse; bien plus, il démontre que la mélancolie humorale peut compliquer toute espèce de maladie, qu'elle peut dégénérer en phthisie, en hydropisie. Les chapitres isolés dans lesquels Lorry traite de toutes ces affections, renferment parfois d'excellentes appréciations, et cet auteur a eu le mérite de saisir et de développer les connexions qui unissent entre elles les divers troubles fonctionnels du système nerveux; on ne peut nier cependant que la théorie moitié solidiste, moitié humorale qui domine tous écrits, ne jette une grande confusion dans l'ensemble du sujet.

Cullen [1712-1790] rejette toute théorie mécanique et humorale, et avec ses tendances solidistes constitue la transition vers l'école moderne. Il attribue au système nerveux une grande importance, insiste sur ses deux grandes propriétés, l'irritabilité et la sensibilité, et en fait le point de départ de toutes les maladies; il donne sur la physiologie du système nerveux, sur l'état de veille et de sommeil, des

considérations générales auxquelles la science moderne n'a rien enlevé de leur valeur.

Cullen range les maladies mentales parmi les névroses dont elles forment la quatrième classe : ses aperçus sur le délire en général sont pleins de sens, il insiste sur le délire partiel de la monomanie, mais a soin de faire remarquer qu'il est bien rare de rencontrer des cas où la folie est strictement limitée. Il ne distingue d'ailleurs que deux formes de folie, la manie et la mélancolie, rapportant à cette dernière l'hypochondrie et quelques autres types. A propos du traitement il vante le travail et les bains, et autorise encore, mais avec une certaine réserve, les moyens violents de répression. Il est d'ailleurs digne d'intérêt de voir cet esprit éminent pressentir l'insuffisance des bases de la pathologie mentale, attester la nécessité des connaissances anatomo-pathologiques, reprocher à ceux qui ont ouvert des cadavres d'avoir fait sur ce point des recherches insuffisantes, et rapporter avec un intérêt spécial les résultats bien incomplets encore de Meckel et de Morgagni.

ARTICLE III.

TROISIÈME PÉRIODE. PINEL, ESQUIROL ET LEURS CONTEMPORAINS.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les derniers travaux de l'époque que nous venons de traverser pour constater les progrès qui se sont réalisés depuis le XV^e^ siècle dans la pathologie du système nerveux, mais la condition des aliénés était telle alors que la science ne pouvait avancer qu'avec beaucoup de lenteur et au milieu de grandes difficultés ; ils vivaient épars dans les prisons, dans quelques maisons de refuge ou dans d'indignes cabanons; chaque médecin n'en observait qu'un petit nombre dans sa carrière et les éléments d'étude se trouvaient dispersés çà et là. La réforme humanitaire inaugurée par Pinel devait par contre-coup influer

heureusement sur l'étude des vésanies. La réunion des aliénés dans des asiles spéciaux fixa nécessairement sur eux l'attention des hommes de science et amena peu à peu à cette spécialisation de la médecine mentale qui, fictive et artificielle au point de vue de la pathologie pure, restera néanmoins dans la pratique qui lui doit ses résultats les plus sérieux.

Et en effet, avant la révolution, l'état des aliénés, à Paris par exemple, était déplorable. Ils étaient divisés en deux catégories, les curables et les incurables. Deux salles de l'Hôtel-Dieu étaient réservées aux curables, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. La salle Saint-Louis, celle des hommes, contenait dix lits à quatre places et deux petits lits; la salle Sainte-Martine, pour les femmes, contenait six grands lits à quatre places et six petits lits. Quelques places dans ces salles étaient expressément réservées aux hydrophobes. Là on baignait les malades, on leur donnait des douches, on pratiquait des saignées de pied répétées; la plupart d'entre eux étaient indéfiniment attachés sur leur lit, maltraités, privés d'air et d'exercice, et lorsqu'au bout de quelques jours de traitement ils n'étaient pas guéris, on les réputait incurables et on les distribuait selon leur sexe, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière. Là, mal nourris, couverts de haillons et chargés de chaînes, ils étaient confinés dans des cabanons destinés jadis aux criminels, n'ayant pas plus de six pieds carrés et ne recevant de jour que par la porte; la paille du grabat où couchait l'aliéné était pourrie et rarement renouvelée. A la Salpêtrière, quelques-unes des loges étaient placées à 3 mètres en contre-bas du sol, au niveau des égouts; elles étaient glaciales et ruisselantes d'eau (1). Les jours de fêtes, les curieux étaient admis, moyennant rétri-

(1) *Rapport au conseil général des hospices*, par Camus, fructidor an X, p. 82. — De Pastoret, *Rapport au conseil général des hospices*, de 1804 à 1814, Paris, 1816, p. 117. — *Rapport* de M. F. Barrot, 1860.

bution, à visiter ces malheureux qui étaient ainsi donnés en spectacle comme des bêtes rares. Dans toutes les villes de France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Savoie, la situation des aliénés n'était pas moins déplorable.

Ce fut alors qu'apparut Ph. Pinel [1755-1826], Pinel qui inaugura une ère toute nouvelle dans l'histoire de la médecine mentale; on doit l'envisager et comme médecin et comme réformateur.

Comme réformateur, il protesta d'une manière éclatante contre les traitements odieux dont les aliénés étaient victimes, il eut le courage de faire tomber leurs chaînes [1792] et au milieu du mouvement social qui se prononçait de toutes parts, il invoqua en leur faveur les lois de l'humanité. Aux mauvais traitements, aux violences brutales, il substitua des moyens de répression sagement combinés, vanta les effets de la fermeté unie à la douceur et à la patience, et posa ainsi les premières bases du véritable traitement moral. Enfin, en insistant sur la nécessité de créer pour les aliénés des hospices spéciaux, en étudiant le plan et la distribution intérieure de ces hospices, en cherchant à classer les malades, à approprier chaque quartier aux divers genres de délire, il fut le promoteur d'une immense réforme matérielle et morale qui ne devait que plus tard prendre tout son développement.

Comme médecin, Pinel posa en principe que l'étude de l'aliénation mentale devait être déduite de la psychologie et d'une connaissance approfondie de la doctrine de Locke et de Condillac. Néanmoins il est facile de voir que la tournure de son esprit le porte principalement vers l'observation médicale. Ce serait, dit-il (1), faire un mauvais choix que de prendre l'aliénation mentale pour un objet particulier de ses recherches, en se livrant à des discussions vagues sur le siége

(1) Pinel, *Traité de la manie*, introduct. à la première édition, p. 1.

de l'entendement et la nature de ses lésions diverses, car rien n'est plus obscur et plus impénétrable. Mais si l'on se renferme dans de sages limites, qu'on s'en tienne à l'étude de ses caractères distinctifs manifestés par des signes extérieurs et qu'on n'adopte pour principes du traitement que les résultats d'une expérience éclairée, on rentre alors dans la marche qu'on suit en général dans toutes les parties de l'histoire naturelle, et en procédant avec réserve dans les cas douteux, on n'a plus à craindre de s'égarer. » Ailleurs il vante la méthode analytique, recommande de s'en tenir strictement à observer les faits avant de s'élever à une histoire générale et bien caractérisée de l'aliénation mentale.

Ces principes d'une éternelle vérité, et qui n'étaient que des déductions de la méthode baconienne, renferment en eux tous les progrès réalisés de nos jours. Mais si Pinel a beaucoup fait pour les aliénés et pour leur avenir, on ne peut se dissimuler qu'il a fort peu ajouté aux notions de pathologie cérébrale que les anciens lui avaient léguées. Ses descriptions sont brillantes et animées, ses observations sont pleines d'intérêt, mais elles ne renferment rien que l'on ne retrouve dans les auteurs qui l'ont précédé. Il distingue quatre formes de folie : la manie, la mélancolie, la démence, l'idiotisme, mais il confond dans ces deux dernières classes des formes très diverses, depuis l'idiotie et le crétinisme jusqu'à la démence et la stupeur mélancolique. En jetant d'ailleurs un coup d'œil sur son livre et surtout sur la seconde édition, on voit bien vite qu'il s'est moins occupé de pathologie proprement dite que de la police intérieure et des règles à suivre dans les établissements consacrés aux aliénés, ainsi que des principes généraux du traitement.

Pinel corrigea de graves abus et revendiqua, au nom de la médecine, de malheureux malades regardés jusque-là comme des coupables et abandonnés à la brutalité de leurs

geôliers. Il fut donc avant tout un réformateur, et tel est, au point de vue de l'aliénation mentale, son principal et incontestable titre de gloire.

Esquirol, son disciple [1772-1840], entra plus directement encore dans cette voie féconde, et donna à l'œuvre à peine ébauchée un développement jusqu'alors inconnu. Son remarquable talent d'observation, son tact exquis, sa nature aimable et bienveillante, son dévouement sans limites, sa vaste expérience, les élèves nombreux qu'il attira autour de lui et dont la plupart tiennent encore le premier rang parmi les aliénistes modernes, lui donnèrent une influence et une autorité dont il usa pour provoquer dans toute la France d'importantes améliorations en faveur des aliénés. Non-seulement il réforma la Salpêtrière et Charenton, mais encore il vit s'élever sur ses plans, dans les grandes villes, des asiles tels que ceux de Nantes, de Montpellier, de Marseille, etc., et donna dans ce sens une impulsion qui persiste encore et dont nous voyons chaque jour les heureux résultats.

Quant à l'influence exercée par ce médecin éminent sur la pathologie mentale proprement dite, elle ne fut pas moins sérieuse et durable. Bien qu'au début de sa carrière, il crût devoir prendre l'étude des passions comme base de l'étude de la folie, ainsi que le prouve sa thèse : *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation* [1805]. Esquirol fut avant tout un observateur, et cette tendance d'esprit se montre d'autant plus prononcée qu'il avance davantage dans sa carrière. Tout en semblant considérer la folie comme la conséquence d'un état normal poussé à l'extrême, tout en négligeant, au point de vue théorique, l'élément morbide qui sert de fond commun à toutes les formes de maladies mentales, Esquirol, dépourvu de toute préoccupation systématique, se consacra surtout à l'examen et à la description des symptômes, les analysa avec une grande sagacité, établit d'une manière irréfutable une foule

de points de détail, et porta la lumière sur des parties qui jusqu'alors étaient restées confuses et indécises; en créant le mot de monomanie, il mit en relief l'existence d'un délire partiel et en déduisit d'importantes conséquences médico-légales; il sépara nettement l'idiotie de la démence et soupçonna l'existence de la paralysie générale. Au point de vue thérapeutique, tout en vantant les bienfaits de l'isolement et posant les bases de traitement moral qui devait naturellement se déduire, selon lui, de l'origine purement morale de la folie, il fut loin de négliger les méthodes médicales, et dans les observations vives et saisissantes que présente son livre, se rencontrent, heureusement associés, des moyens thérapeutiques répondant aux médications tirées à la fois et de l'état physique et de l'état mental des sujets.

On a reproché à Esquirol de manquer de principes arrêtés, de largeur et d'élévation dans les vues; on a dit que, tout entier à l'observation des symptômes, il n'avait pas su les coordonner et en déduire une théorie générale, et s'était maintenu dans une voie mixte et indécise indigne d'un esprit supérieur. Ces reproches sont exagérés. Esquirol avait trop de sagacité, trop d'amour de la vérité et d'expérience, pour être doué en même temps de l'ardeur exclusive et de l'entraînement aveugle d'un chef d'école; la voie qu'il a tracée est la seule qui ait fait réaliser à la médecine mentale des progrès sérieux, car toute généralisation est prématurée lorsqu'elle ne s'appuie pas sur des faits précis d'observation, et ces derniers ne peuvent être établis qu'avec l'aide du temps et d'un travail prolongé.

On comprend d'ailleurs sans peine que de l'école d'Esquirol soient sortis des médecins offrant les tendances d'esprit les plus opposées, chacun d'eux pouvant prendre dans les idées du maître le côté qui plaisait le plus à la tournure de son esprit.

En 1820, Georget [1795-1828] publiait son livre, œuvre

d'un esprit distingué, dans lequel se trouve résumée la pratique du maître, et qui offre une grande tendance aux recherches anatomo-pathologiques et à l'observation positive : Georget a fait à la folie l'application constante des lois de la pathologie et de la thérapeutique générales, et le premier il a isolé la stupidité. Leuret, au contraire, partant de la psychologie pure, regardait l'aliéné comme un homme qui se trompe et appliquait dans toute sa rigueur le traitement moral que nous aurons à étudier.

A côté d'Esquirol et de son école apparurent, surtout à l'étranger, d'autres travaux empreints d'un caractère systématique infiniment plus tranché et qui appliquèrent à l'étude de la folie les idées théoriques opposées qui divisent le monde médical depuis que la science existe. Tandis que Broussais dans son *Traité de l'irritation et de la folie* [1828] cherchait à localiser cette maladie et expliquait par un excès d'irritation tous les troubles de l'intelligence, en Allemagne, les médecins se refusaient à admettre que la folie eût sa source dans une altération organique. Pour Heinroth [1773-1843] la folie est une maladie de l'âme et se confond avec le péché ; les déviations pathologiques, pour ce qui regarde les lésions des organes, sont secondaires. C'était l'idée de Stahl poussée jusqu'à son extrême logique. Stahl admettait l'âme comme présidant par sa force autocratique à l'activité générale, comme réagissant en vertu de sa puissance curative et conservatrice contre la consomption inhérente à la matière : si le régime de l'économie est troublé, c'est que l'idée elle-même est troublée, et l'origine de ce trouble c'est la désobéissance à la mission que l'homme a reçue, c'est-à-dire toute tendance contraire aux lois morales (1). Cette théorie à laquelle Ideler donna tout son développement, devait naturellement trouver la cause des affections

(1) V. Lasègue et Morel, *loc. cit.*

mentales dans la déviation des lois de la morale et de la raison, dans l'influence funeste exercée par les passions, et non dans les lésions de l'organisme. Aussi le but du traitement était de rétablir l'harmonie morale en arrêtant le développement excessif de certaines tendances. A côté de ces doctrines qu'il suffit de citer pour en prouver toute l'exagération, s'élevèrent des écoles éclectiques qui firent procéder la folie à la fois du corps et de l'âme; c'est ainsi que MM. Combes et Jacobi soutinrent, comme jadis les arabistes, qu'il n'existait pas d'entité pathologique mentale, que tous les troubles intellectuels étaient des symptômes de maladies corporelles, que la folie, en un mot, était toujours sympathique d'un état organique éloigné.

CHAPITRE II.

DES PRINCIPES ET DE LA MÉTHODE A SUIVRE DANS L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES.

Au milieu de ces écoles si diverses par leurs tendances, quels principes devons-nous adopter?

Je n'hésite pas à dire que toute méthode fondée principalement sur la psychologie pure doit être rejetée d'une manière absolue. La psychologie peut tirer de certains faits appartenant à l'aliénation mentale des inductions philosophiques utiles; mais si l'on renverse les rôles, si l'on veut la faire servir de point de départ à une étude de la folie, on s'égarera certainement dans des divagations nuageuses et dépourvues de tout côté pratique.

Le seul moyen d'arriver à un résultat vraiment utile, c'est d'envisager la folie comme une maladie et d'appliquer à son étude les méthodes purement médicales, c'est-à-dire l'obser-

vation complète et rigoureuse, combinée avec une généralisation prudente, et permettant de remonter par une induction logique des faits particuliers à la classification des maladies, à leur siége, à leur nature. Rien de plus simple et en même temps de plus satisfaisant pour l'esprit que cette méthode. En effet, dans quelle classe d'affections retrouve-t-on d'une manière plus frappante la réalisation des lois fournies par la pathologie générale, relativement aux grandes influences étiologiques, comme l'hérédité, le genre de vie, les milieux ambiants? les troubles intellectuels, comme les idées délirantes ou les hallucinations, ne sont pas autre chose que des éléments symptomatiques, qui, tout en ayant leur valeur spéciale, se groupent et s'enchaînent d'une manière déterminée pour constituer certaines formes de maladies, de même que la fièvre, la douleur de côté, l'expectoration sanguinolente se retrouvent, mais agencés d'une façon différente, dans plusieurs états morbides. Sans doute, dans le sujet qui nous occupe, les éléments symptomatiques sont moins matériels, moins tangibles, et exigent peut-être un peu moins l'intervention incessante de tous les sens, mais en somme une idée fausse est aussi facile à constater que la fièvre et le météorisme, et l'esprit s'habitue bien vite à ce genre particulier d'observations.

Laissons de côté l'âme immatérielle qui ne saurait être malade, et ne doit pas être mêlée à toutes les défaillances de l'organisme; ne nous préoccupons que fort peu des propriétés vitales, qui servent sans doute à masquer notre ignorance des phénomènes intimes de la vie, mais sur lesquelles on peut disserter à plaisir sans qu'il en résulte pour la science un seul progrès sérieux. Là n'est pas l'avenir de la médecine mentale. J'ai la conviction qu'à une modification maladive de l'intelligence correspond toujours une modification connue ou inconnue, soit du cerveau lui-même, soit des conditions matérielles à l'aide desquelles il fonctionne. Tantôt cet

organe est altéré dans sa structure, tantôt le sang chargé de le nourrir et de le stimuler est altéré dans sa composition chimique, contient des éléments anormaux ou ne circule plus avec sa régularité habituelle. Dans cet ordre d'idées nos connaissances restent encore sur bien des points nulles, incomplètes ou douteuses, mais il faut songer aux progrès déjà réalisés, et marcher avec confiance. Si l'examen à l'œil nu est insuffisant, ayons recours au microscope qui permet de poursuivre bien plus loin des altérations de structure jusque-là inconnues. La chimie à son tour nous donnera des renseignements précis sur la nature des altérations de tissus, sur les altérations des liquides; enfin chaque malade sera soumis à une investigation clinique minutieuse qui agrandira le cercle de nos connaissances positives et arrivera peu à peu à combler les lacunes de la science.

Cette manière d'envisager la médecine mentale, qui n'exclut pas l'étude de l'élément moral, mais qui l'examine moins en lui-même que dans ses relations avec l'organisme, est celle qui présidera à la rédaction de ce livre. Les saines traditions de Pinel et d'Esquirol ont formé une école nombreuse dont les travaux ont déjà mis en lumière une foule de notions fondées sur l'observation et l'expérience. Nous nous appuierons principalement sur ces documents, assez nombreux maintenant pour qu'il soit temps de les réunir. Après les avoir contrôlés et modifiés d'après ce que nous avons vu et observé, nous éliminerons sans crainte toutes les opinions qui nous semblent hasardées et fondées sur des préoccupations théoriques, pour nous en tenir aux faits rigoureusement observés et d'une utilité pratique incontestable.

CHAPITRE III.

LA FOLIE APPARTIENT PRINCIPALEMENT A LA CLASSE DES NÉVROSES. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES NÉVROSES.

Dans l'état actuel de la pathologie médicale, les affections du système nerveux se divisent en deux classes : 1° celles qui reconnaissent pour point de départ un changement matériel dans la structure de l'encéphale et de ses dépendances; 2° celles qui ne s'accompagnent d'aucune lésion organique appréciable, et que depuis Cullen on désigne sous le nom de *névroses*. La folie appartient à la fois à ces deux classes : à la première par la paralysie générale ou folie paralytique dont la cause anatomique est maintenant bien définie et qui forme une espèce à part; à la seconde par toutes les autres formes de maladies mentales dont la cause organique reste inconnue et qu'on peut réunir sous le nom de folie simple (Parchappe).

Les névroses que Cullen définissait « des affections contre nature du mouvement et du sentiment, sans fièvre, sans maladie locale », forment évidemment un groupe provisoire, mal défini et destiné à subir d'importantes modifications, peut-être même à disparaître, à mesure que l'anatomie pathologique fera de nouveaux progrès. Cullen regardait comme des névroses la diarrhée, la rage, le choléra, l'apoplexie. Or, en voyant combien les travaux de Morgagni et de tant d'autres ont modifié sur ce point les idées d'autrefois, qui peut fixer à l'avance les limites que la science doit franchir?

Quoi qu'il en soit, et malgré ses imperfections, la classe des névroses doit être actuellement maintenue. Sans former une famille naturelle, les maladies qui la constituent et que nous diviserons, avec MM. Hardy et Béhier, en *convulsions*,

névralgies, *paralysies* et *vésanies*, présentent certains traits communs qu'il est utile de connaître et que nous allons passer en revue. Leur étude fera mieux ressortir les connexions qui unissent aux autres affections nerveuses non-seulement la folie simple, mais encore la paralysie générale, espèce hybride qui, à côté de symptômes fixes dus à l'existence d'une lésion organique, en présente d'autres qui sont mobiles et variables et participent de la nature des accidents purement nerveux.

1° Dans les névroses il y a *absence de fièvre*. Sans doute au début de la manie, de la mélancolie, on rencontre une légère accélération du pouls, mais c'est là un état passager, et une fois que l'affection mentale a pris tout son développement, quelles que soient son intensité et sa durée, on n'observe, pas plus que dans les névralgies ou les paralysies essentielles, rien qui ressemble à la fièvre hectique.

2° La *mobilité des symptômes* est un autre caractère propre aux névroses; une névralgie faciale peut disparaître subitement et être remplacée par une sciatique; une migraine alternera avec une gastralgie; une paralysie hystérique guérit tout à coup sous l'influence d'une vive émotion morale, après avoir résisté des années entières à un traitement rationnel. De même un état maniaque peut en quelques heures se dissiper pour faire place à un état mélancolique ou à une lucidité passagère. De même encore on voit des personnes sujettes à des asthmes, à des migraines, à des odontalgies, devenir tout à coup mélancoliques ou maniaques par suite de la disparition de ces douleurs. Quelquefois celles-ci reviennent à l'époque de la convalescence.

3° La *périodicité* est un fait spécial aux affections nerveuses : les névralgies, l'épilepsie reviennent volontiers sous forme d'accès réguliers, apparaissant à heures fixes, tous les jours, tous les deux jours, ou à des intervalles plus éloignés. La manie, la mélancolie revêtent ce même caractère, et nous

verrons plus loin que les vésanies dont les accès, de durée variable, reparaissent tous les deux jours, tous les huit jours, tous les mois, sont une des formes les plus rebelles de la pathologie mentale.

4° Dans l'immense majorité des affections organiques, les fonctions de la vie animale finissent par s'altérer, les digestions se font mal, la nutrition est incomplète et les forces s'épuisent visiblement. Les névroses, au contraire, lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, peuvent coexister avec *l'intégrité presque complète des fonctions de la vie animale;* les épileptiques, les hystériques peuvent dormir, digérer, jouir en un mot d'une santé physique parfaite, sans que leur vie soit menacée par le fait même de l'existence d'une affection nerveuse, et les maniaques, les monomaniaques, les mélancoliques, quand la maladie se trouve dégagée de toute complication et a traversé sa période d'acuité, présentent exactement le même phénomène.

5° L'*hérédité* joue un grand rôle dans la production de toutes les maladies constitutionnelles, mais dans l'étiologie des névroses son influence est tellement marquée, qu'on peut, sans hésiter, en faire un de leurs caractères spéciaux. Disons, dès à présent, que toutes les névroses, quelles qu'elles soient, s'engendrent l'une l'autre ; que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, la folie, se retrouvent aux diverses générations et chez les divers membres d'une même famille, et que cette filiation réciproque démontre l'identité de leur nature.

6° Enfin, il faut assigner aux névroses, comme dernier caractère commun, un état spécial dit *état nerveux* (Sandras), *névropathie protéiforme* (Cerise), qui leur sert pour ainsi dire de fond commun, et sur lequel viennent se greffer, comme sur un tronc vivace, les accidents les plus variables en apparence. Cet état nerveux que nous n'avons pas à décrire ici en détail est caractérisé par une grande impressionnabilité, par une mobilité extrême du système nerveux :

les sujets sont faciles à égayer ou à assombrir, ils passent facilement d'un abattement extrême à une énergie surprenante, sont en proie à des palpitations, à des étouffements passagers, et ont des perversions ou des altérations du goût, de l'ouïe, de la vue. On les entend se plaindre incessamment de vertiges, de céphalalgie, de digestions difficiles, leur sommeil est léger ou interrompu par des rêvasseries. Les aliénés ne sont nullement exempts de cette disposition spéciale, et pour peu que les phénomènes du délire perdent un peu de leur intensité, on voit apparaître chez eux, surtout chez les monomaniaques, cet ensemble de symptômes mobiles, variables, qui autorise à les ranger dans la grande catégorie des névropathiques.

Tels sont les caractères communs que l'on peut assigner aux névroses et qui permettent de placer légitimement la folie dans le cadre des affections nerveuses.

Quant aux divisions admises dans les névroses (convulsions, paralysies, névralgies et vésanies), elles sont fondées, et avec raison, sur la diversité des éléments fonctionnels qui se trouvent intéressés : les vésanies affectent l'intelligence ; les névralgies atteignent plus particulièrement la sensibilité, tandis qu'au contraire les paralysies musculaires, les affections convulsives, comme l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, s'adressent principalement à la motilité. Mais, à part quelques faits exceptionnels où la maladie se présente dans un état de simplicité parfaite, il est bien rare qu'une des fonctions nerveuses soit lésée d'une manière tout à fait isolée, sans que les autres ne subissent en même temps des atteintes plus ou moins profondes. Dans l'épilepsie, les accès se compliquent bien vite de lésions intellectuelles profondes ; l'hystérie présente à la fois des convulsions, des paralysies musculaires et cutanées, et même, dans certains cas, un trouble intellectuel qui ne saurait être contesté. Enfin, j'ai prouvé

autre part (1) que la chorée n'échappait pas à cette loi commune et s'accompagnait d'un trouble mental offrant des nuances infinies, depuis l'hébétude la plus légère jusqu'à l'hallucination et au délire maniaque complet.

Ainsi dans un grand nombre de névroses caractérisées soit par de la douleur, soit par des troubles de la motilité, se retrouve sinon comme élément essentiel, du moins comme phénomène accessoire, une modification pathologique de l'état intellectuel. Poursuivant cette idée hors du cadre des affections nerveuses, on ne tarde pas à reconnaître que la plupart des maladies auxquelles l'homme est exposé développent chez lui des dispositions intellectuelles et affectives qui forment un contraste frappant avec l'état normal, et démontrent une fois de plus toute l'influence que le physique exerce sur le moral. Ce serait sans contredit une étude pleine d'intérêt que de rechercher les tendances morales si diverses qui surgissent chez l'homme à propos des maladies qui peuvent l'atteindre ; contentons-nous d'indiquer ce vaste sujet et de citer des exemples qui appartiennent à la pratique de chaque jour.

La chlorose, tous le savent, entraîne avec elle du dégoût, de la tristesse, de la mélancolie, de l'inaptitude au travail, de la mobilité dans les goûts et dans le caractère, parfois même des idées excentriques, des appétits bizarres qui disparaissent dès que le sang a repris sa composition normale.

Au début de la phthisie pulmonaire, il n'est pas rare de voir les sujets s'effrayer à juste titre de leur état, concevoir des pressentiments sinistres et prendre leurs dispositions en vue d'une fin prochaine ; puis, à mesure que la maladie fait des progrès, que les tubercules se ramollissent et que tout espoir s'évanouit, les dispositions morales se transforment :

(1) *De l'état mental dans la chorée*, mémoire lu à l'Académie de médecine, avril 1859 (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 1 et suiv.).

les malades, fussent-ils eux-mêmes médecins, oublient peu à peu le danger, n'attribuent qu'une minime importance aux symptômes qu'ils éprouvent, renaissent au calme et à l'espérance et font de longs projets d'avenir la veille même de leur mort. Sans être constante, cette situation intellectuelle, que j'ai observée nombre de fois, attire singulièrement l'attention.

M. Saucerotte (1) a noté chez la plupart des individus qui offrent de l'hypertrophie du cœur un développement extrême de la sensibilité morale : observés de près, ces malades s'émeuvent à la moindre impression, ils pleurent en vous racontant leurs maux, un regard les trouble, un mot les déconcerte, ils se laissent emporter à la fougue d'une première impression ou d'une colère irréfléchie, et à l'approche du médecin leur pouls bat cent fois par minute. M. Saucerotte rapporte en outre plusieurs observations dans lesquelles le dérangement intellectuel, développé sous l'influence d'une affection cardiaque, subissait des exacerbations inévitables toutes les fois que la maladie du cœur venait à s'aggraver. L'ébranlement de la masse encéphalique qui résulte de l'impulsion plus violente du ventricule gauche, les stases sanguines qui s'opèrent dans les vaisseaux du cerveau par suite de l'imperfection de la circulation, peuvent, sans contredit, être invoqués comme la cause première de ces troubles intellectuels, de même que la stimulation incomplète du cerveau par un sang appauvri explique les troubles moraux que nous avons signalés dans la chlorose. Qui n'a été frappé de la stupeur, de l'obtusion de toutes les facultés intellectuelles qui accompagnent la fièvre typhoïde, et des troubles plus graves encore qui surviennent pendant la convalescence et que nous aurons plus loin à décrire? Qui ne sait enfin que le simple état fébrile amène non-seulement

(1) *Annales méd.-psycholog.*, t. IV, p. 172.

la prostration des forces physiques, mais encore l'abattement moral, le découragement, l'incertitude ; qu'une digestion pénible rend irascible ou porte aux idées noires, selon les aptitudes individuelles ; qu'une maladie prolongée développe chez certaines natures des sentiments inaccoutumés de personnalité et d'égoïsme?

Pour le médecin ces simples nuances sont vraiment dignes d'intérêt ; elles prouvent, une fois de plus, que tout est solidaire dans l'organisme, et elles aident à expliquer, par analogie, comment des affections mentales se développent sympathiquement sous l'influence d'états anormaux de l'organisation.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

CHAPITRE PREMIER.

Définition de la folie, synonymie. — Éléments symptomatiques. - Classification. — Transformation des diverses formes de maladies mentales.

§ 1er. — Définition de la folie. Synonymie.

Définition. — La folie a été définie par Esquirol : une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté (1).

Malgré ses imperfections, cette définition est encore la plus simple et la plus exacte de toutes celles qui ont été données; il importe toutefois, pour la compléter, d'ajouter que dans la folie le malade n'a pas conscience de son état (2) : il méconnaît son délire, ou s'il ne le méconnaît pas, sa volonté est impuissante pour le maîtriser : dans les deux cas, l'individu ne s'appartient plus, il est dominé par un état pathologique qui entrave sa liberté morale et le rend irresponsable de ses actes, en un mot, il est aliéné.

Synonymie. — A côté du terme général *folie*, on emploie souvent les mots *maladies mentales*, *phrénopathies* (Guislain) qui ont exactement la même valeur. Quant au terme *aliénation mentale*, il comporte avec lui une signification plus

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. Ier, p. 5.

(2) Lelut, *Recherches des analogies de la folie et de la raison*, à la suite de son ouvrage *Du démon de Socrate*, 1856, p. 345.

étendue et un peu différente. Et en effet certains états, comme l'ivresse, une passion violente, un accès de somnambulisme, peuvent amener avec eux une aliénation mentale de durée variable. Il en est de même de l'idiotie, de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie, qui à un degré différent enlèvent au malade, d'une manière passagère ou permanente, la libre conscience de ses actes; et cependant tous ces états sont bien différents de la folie. D'un autre côté, des troubles intellectuels fort graves, des hallucinations par exemple, peuvent exister chez un individu qui apprécie ce phénomène à sa juste valeur, conserve la libre direction de ses actes, et ne peut pas être considéré comme aliéné.

Le Code emploie le mot de *démence* comme synonyme de folie, d'aliénation mentale. Cette désignation est impropre, car la démence n'est qu'une forme particulière de folie, caractérisée principalement par l'affaiblissement intellectuel.

§ 2. — Éléments symptomatiques de la folie.

Afin d'aborder avec quelque clarté l'étude de la folie, nous procéderons par voie d'analyse, et nous indiquerons tout d'abord les éléments symptomatiques qui se combinent et s'associent entre eux pour donner naissance aux formes si diverses de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, dans la variole, dans les affections qui sont du ressort de la pathologie interne, ces éléments symptomatiques sont d'un ordre purement matériel et faciles à saisir et à apprécier : la diarrhée, la fièvre, le gargouillement iléo-cæcal, les taches rosées lenticulaires, la pustule ombiliquée, voilà les phénomènes qui attirent l'attention du médecin et se groupent dans un ordre déterminé pour donner à la maladie sa physionomie spéciale. Dans la folie, à côté des phénomènes somatiques, il faut savoir envisager ceux qui sont d'un ordre purement intellectuel : moins faciles à saisir en ce sens qu'ils sont d'un

ordre plus abstrait, ils peuvent néanmoins être isolés avec une netteté parfaite, pour peu qu'on cherche autant que possible à leur appliquer la méthode médicale, dégagée de toute prétention psychologique.

A l'exemple de M. Baillarger (1) auquel nous empruntons cette division, mais après lui avoir fait subir quelques modifications, nous ferons les distinctions suivantes parmi les éléments pathologiques de l'ordre intellectuel qui constituent la folie :

I. Lésions intellectuelles primitives ;

II. Lésions consécutives ;

III. Lésion terminale.

LÉSIONS INTELLECTUELLES PRIMITIVES.

Les lésions intellectuelles primitives sont : 1° partielles, 2° générales.

1° Lésions partielles.

Il y a trois sortes de *lésions partielles* : les conceptions délirantes, les impulsions irrésistibles, les hallucinations.

a. Les *fausses conceptions* ou *conceptions délirantes*, qui se définissent d'elles-mêmes, sont innombrables dans la folie et peuvent offrir autant de variétés qu'il existe de modes dans la pensée humaine.

Tantôt elles sont absurdes et impossibles; tantôt, au contraire, elles n'offrent par elles-mêmes rien d'absolument incompatible avec l'ordre naturel des choses, mais elles sont contraires à l'évidence des faits réels. Un homme se croit tout à coup pape, empereur, riche à millions; un autre craint d'avoir commis un crime, se dit ruiné, déshonoré, poursuivi par des ennemis, condamné à l'échafaud; un troisième croit son corps transformé en beurre

(1) Baillarger, *Essai sur une classification des différents genres de folie* (*Ann. méd.-psychol.*, 1853, p. 545).

et fuit la chaleur de peur de fondre. Voilà tout autant de conceptions délirantes. La nature de ces conceptions, leur nombre, leur enchaînement, leur point de départ sont autant de circonstances sur lesquelles nous aurons à revenir, et qui jouent un rôle de premier ordre dans le diagnostic et le pronostic de la folie.

Ainsi que l'a dit Louret (1), la fausseté d'une conception ne suffit pas pour en faire une conception délirante, il faut y joindre la fixité de l'idée qui, bien différente en cela de l'erreur, ne se modifie pas malgré l'accumulation des preuves les plus péremptoires.

b. Sous le nom d'*impulsions irrésistibles* on désigne des mouvements instinctifs, qui, en dehors de toute idée délirante et souvent malgré l'intervention de la volonté, poussent un individu à commettre un acte répréhensible dont il apprécie toute la portée. On voit des sujets qui éprouvent ainsi une propension instinctive au vol, à l'abus des liqueurs alcooliques, au suicide, à l'homicide. Il est rare de voir les impulsions irrésistibles exister indépendamment de toute lésion intellectuelle, souvent elles s'associent à d'autres phénomènes, mais elles n'en constituent pas moins un élément pathologique bien distinct et sans analogie en médecine mentale.

c. Les *hallucinations* sont des sensations perçues en dehors de toute excitation des organes des sens. Un malade entend des voix, perçoit des odeurs, voit des objets qui n'existent pas en réalité, voilà des hallucinations. Ce phénomène joue dans l'étude de la folie un rôle tellement important que nous lui consacrerons plus tard un chapitre étendu.

2° Lésions générales.

Les *lésions générales* de l'intelligence sont de deux sortes, l'excitation, la dépression. Tous les auteurs, avec

(1) *Fragments psychologiques sur la folie*, p. 42.

Arétée, avec Willis, ont insisté sur cette division dichotomique fondée sur une saine observation. Et en effet, chez certains aliénés on observe une agitation incessante, une augmentation dans la force musculaire, une suractivité intellectuelle en vertu de laquelle les idées se pressent, s'entrecroisent, se multiplient avec une prodigieuse rapidité; d'autres, au contraire, restent inertes, immobiles, silencieux, sans que rien puisse les réveiller de leur torpeur. Les fonctions organiques elles-mêmes, participent à ce trouble général et sont ou exaltées ou languissantes; aussi rien de plus saisissant que le contraste de ces deux états de l'économie dont la manie d'une part, la mélancolie de l'autre, offrent le type le plus complet.

LÉSIONS INTELLECTUELLES CONSÉCUTIVES.

Les lésions intellectuelles consécutives sont de deux sortes : lésions de l'attention, lésions de la volonté.

a. Esquirol a soutenu avec raison que l'aliéné était incapable de diriger son attention. « Les impressions, dit-il, sont si fugitives et si nombreuses, les idées sont si abondantes chez le maniaque, qu'il ne peut fixer assez son attention sur chaque objet, sur chaque idée; chez le monomaniaque l'attention est tellement concentrée qu'elle ne se porte plus sur les objets environnants, sur les idées accessoires. L'attention de tous les aliénés est si essentiellement lésée que si une sensation forte, agréable, pénible ou inattendue, fixe l'attention du maniaque ou détermine l'attention du monomaniaque, aussitôt l'aliéné devient raisonnable, et ce retour à la raison dure aussi longtemps que l'effet de la sensation, c'est-à-dire pendant que le malade reste le maître de diriger et de soutenir son attention. La volonté est lésée comme l'attention, non pas primitivement, mais consécutivement à ces lésions intellectuelles élémentaires, dont l'existence enlève à l'aliéné la libre direction de ses actes. Le mélancolique plongé dans la dépression, ne

peut pas vouloir agir, et le maniaque, en proie à une agitation violente, crie, chante et gesticule sans que sa volonté puisse s'interposer. Cette impuissance devient plus évidente encore chez ces malades qui, en proie à des impulsions irrésistibles, à des déterminations automatiques, commettent des actes qu'ils repoussent, et avant de succomber à cet entraînement, épuisent leur volonté dans une lutte trop souvent inégale.

LÉSION INTELLECTUELLE TERMINALE.

Il n'existe dans la folie qu'une seule lésion intellectuelle terminale, c'est *la démence*, qui consiste essentiellement dans l'usure et l'affaiblissement graduel de toutes les facultés. C'est à elle que viennent aboutir presque inévitablement, mais au bout d'un temps très variable, les diverses formes de folie.

Tels sont les éléments pathologiques que l'analyse permet de découvrir dans la folie : chacun d'eux paraît bien délimité, et au premier abord rien ne semble plus facile que de distinguer l'homme raisonnable de l'homme aliéné. Et cependant si aux limites extrêmes le doute n'est pas possible, ne trouve-t-on pas à chaque instant des analogies frappantes entre la folie et la raison (1) ? Un violent accès de colère offre tous les caractères d'un court accès de manie, *ira furor brevis*, et rien ne ressemble plus à l'exaltation maniaque que les moments d'inspiration de quelques poëtes de génie. Un vif chagrin amène une dépression morale, une concentration de pensées qui rappellent en tous points la dépression mélancolique, et c'est tout au plus si la courte durée des troubles fonctionnels occasionnés par une passion violente les sépare de l'aliénation mentale proprement dite. La conception délirante elle-même n'est pas facile à distinguer de certaines pensées ayant cours parmi les philosophes et les mé-

(1) Lélut, *Recherche des analogies de la folie et de la raison*, à la suite de son ouvrage : *Le démon de Socrate*, 1855, p. 317.

taphysiciens : quelle différence établir, dit Leuret (1) entre cette femme traitée par Esquirol, qui se faisait appeler la mère Sainte-Église et disait tenir dans son ventre un concile d'évêques, et Descartes qui regarde la glande pinéale comme un miroir dans lequel vient se réfléchir l'image des corps extérieurs? Chaque jour on entend des idées bizarres, originales, ou même des idées empreintes de génie, qui se rapprochent par des nuances insensibles des conceptions délirantes de certains aliénés; bien plus, la société renferme dans son sein toute une catégorie d'individus, victimes le plus souvent de fâcheuses influences héréditaires, dont tous les jugements sont faux et erronés, et qui, à côté de qualités intellectuelles brillantes, présentent dans leurs actes, dans leur manière d'être, tant de désordre et de contradictions, qu'on doit les considérer comme aliénés sans qu'il soit toujours facile de préciser le point où la maladie commence. En somme, ici comme partout ailleurs, entre les points les plus extrêmes se trouvent tous les degrés intermédiaires, et il est impossible de donner une formule qui sépare nettement la raison de la folie.

§ 3. — Classification.

La connaissance succincte des éléments pathologiques de l'ordre intellectuel dont la combinaison produit les diverses formes de folie, nous permet maintenant d'arriver aux vues d'ensemble et d'exposer une classification des maladies mentales destinée à nous servir de guide dans la partie de ce livre qui traitera de la pathologie spéciale.

Une classification nosologique, pour être parfaite, devrait être fondée sur la nature même des maladies. Or la nature d'une maladie, autant qu'il nous est permis de l'atteindre, nous est donnée par les symptômes, par les lésions orga-

(1) Leuret, *Fragments physiologiques sur la folie*, p. 42.

niques et le siége, par la marche et par les causes (Parchappe); mais il suffit de jeter un coup d'œil sur l'état actuel de la pathologie mentale pour voir combien sur une foule de points concernant la folie, nos connaissances sont encore incertaines et incomplètes, et quelle différence immense existe entre des hypothèses qui s'écroulent au premier choc et des données solidement établies.

Placés en présence d'impossibilités que les progrès ultérieurs de la science pourront seuls faire disparaître, les médecins aliénistes qui se sont occupés de classification ont été forcés de n'envisager qu'un côté de la question et se sont laissé guider par des considérations trop exclusives : les uns n'ont vu que la forme extérieure de la maladie, les symptômes; les autres se sont surtout préoccupés des lésions intellectuelles ou morales; les derniers enfin, et parmi eux M. Morel, ont attaché une importance capitale à l'étude des causes, et en ont fait dériver tout leur travail.

Esquirol, suivant en cela l'impulsion de Pinel, prit les symptômes comme base de sa classification et admit cinq genres de folie (1).

1° Lypémanie (mélancolie des anciens), délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec prédominance d'une passion triste et dépressive;

2° Monomanie proprement dite, dans laquelle le délire est borné à un seul objet ou à un petit nombre d'objets avec excitation et prédominance d'une passion gaie et expansive : ces deux derniers genres étaient regardés comme les subdivisions d'une classe plus étendue, la monomanie (2).

3° La manie, dans laquelle le délire s'étend sur toutes sortes d'objets et s'accompagne d'excitation;

4° La démence, dans laquelle les insensés déraisonnent,

(1) Esquirol, *maladies mentales*, t. I^er^, p. 22.

(2) *Loc. cit.*, p. 404.

parce que les organes de la pensée ont perdu leur énergie et la force nécessaire pour remplir leurs fonctions ;

5° L'imbécillité ou l'idiotie, dans laquelle les organes n'ont jamais été assez bien conformés pour que ceux qui en sont atteints puissent raisonner juste.

On a objecté, et avec raison, à cette classification qu'elle ne comprenait pas les formes d'aliénation récemment découvertes, et surtout la paralysie générale ; on a dit que beaucoup de cas présentaient des formes mixtes, irrégulières, difficiles à classer, et qui n'étaient ni de la manie ni de la lypémanie, ni de la monomanie ; on a démontré enfin que l'étendue du délire était plus difficile à préciser qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et aux mots de monomanie, de lypémanie, Ferrus le premier substitua le terme de délire partiel. Bientôt on en arriva à chercher ailleurs que dans les formes le principe de classification.

C'est ainsi que Heinroth publia un travail de classification basé sur une théorie des causes psychiques. Il admit que l'homme était susceptible d'autant de formes générales de folie qu'il y avait de facultés différentes, et il divisa les vésanies en : lésions de l'intelligence, où il plaça les délires partiels ; lésions de la volonté, où il plaça la manie ; lésions du sentiment ou des sentiments affectifs (mélancolie). Mais emprunter une classification de la folie à la psychologie est contraire aux principes de saine observation médicale, car c'est laisser de côté tout l'élément somatique et transporter la médecine dans le domaine de la philosophie pure.

M. Morel (1), prenant pour base l'étiologie, a divisé récemment les maladies mentales en six groupes en rapport avec les relations intimes et nécessaires qui existent entre la forme de l'aliénation et la nature de sa cause. Le premier

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 258.

groupe comprend les aliénations héréditaires; le second, les aliénations mentales par intoxication; le troisième, les aliénations déterminées par la transformation de certaines névroses; le quatrième, les aliénations mentales idiopathiques, parmi lesquelles se trouve rangée la folie paralytique ou paralysie générale; le cinquième groupe comprend les folies sympathiques; enfin le sixième groupe terminatif est consacré à la démence.

Cette tentative de classification est sans contredit une entreprise hardie; elle est fondée, en outre, sur ce fait incontestable que, dans beaucoup de cas, la nature de la cause imprime à la maladie quelques modifications spéciales. Mais lorsqu'on considère attentivement les divisions que nous venons d'indiquer, on s'aperçoit bien vite qu'elles n'offrent aucune délimitation rigoureuse, qu'elles empiètent les unes sur les autres et laissent de côté les caractères importants des maladies pour s'attacher à des faits tout à fait secondaires : sans doute, la folie hystérique et la folie épileptique empruntent quelque chose de spécial à la névrose qui les a causées, mais la forme maniaque ou mélancolique qu'elles revêtent me semble trop importante pour être placée au dernier rang. Dans la folie héréditaire, telle que M. Morel l'a décrite, je ne trouve aucun caractère spécifique; chaque jour ne voit-on pas sous l'influence de l'hérédité se développer les affections mentales de la nature la plus diverse, depuis la monomanie jusqu'à la paralysie générale? Ainsi que l'a dit M. Parchappe ne serait-ce pas la plus grave de toutes les erreurs pathologiques que de réunir le *delirium tremens*, la folie paralytique, la manie, la mélancolie en une seule espèce, sous prétexte que ces affections peuvent se développer sous l'influence de la même cause, l'abus des boissons alcooliques? Enfin, en suivant le même principe de classification, dans quelle catégorie placer les maladies mentales accidentelles, dont la cause réelle est souvent insaisissable?

Si nous ne croyons pas devoir admettre une classification basée sur les causes des maladies, nous ne discuterons même pas la possibilité, dans l'état actuel de la science, de fonder une classification des vésanies uniquement sur l'anatomie pathologique. Bien que la découverte de la paralysie générale ait donné à cet élément une importance nouvelle, nos connaissances sur ce sujet sont trop restreintes pour nous permettre d'aller au delà.

La classification suivante que nous proposons, est fondée tantôt sur les symptômes, tantôt sur les lésions intellectuelles, tantôt sur l'anatomie pathologique ; elle n'offre par elle-même rien d'original et emprunte presque tout aux classifications proposées par Ferrus, par M. Parchappe et surtout par M. Baillarger. Tout en étant fort attaquable au point de vue d'une logique rigoureuse, elle a l'avantage de résumer exactement les données positives acquises jusqu'ici à la science, et d'être pour l'étude un instrument simple et commode. Aussi est-ce à ce point de vue seulement qu'il faut l'envisager.

- *Vésanies pures*
  - Délire général
    - avec excitation : manie.
    - avec dépression : mélancolie.
  - Délire partiel : Monomanie.
  - Démence
- *Vésanies associées entre elles.*
  - Manie et mélancolie (folie à double forme).
  - Monomanie et démence.
  - Mélancolie et démence.
  - Manie et démence.
- *Vésanies associées à des lésions du mouvement.*
  - avec lésion organique. Paralysie générale.
  - sans lésion organique appréciable.
    - Épilepsie.
    - Hystérie, extase, catalepsie.
    - Chorée.
    - Folie alcoolique.
    - Pellagre.
- *États congénitaux* : Idiotie, imbécillité, crétinisme.

§ 4. — Transformation des diverses formes d'aliénation mentale.

Les formes de maladies mentales que nous venons d'indiquer présentent des caractères assez tranchés pour que chacune d'elles puisse et doive être étudiée isolément ; mais nous ne pouvons oublier qu'entre toutes ces classes il existe des connexions intimes, et, sans parler des formes mixtes dont nous parlerons plus tard, rappelons seulement que l'on observe chaque jour des transformations d'une forme à l'autre. Ces transformations prouvent une fois de plus que, malgré une grande variété d'aspect, la maladie reste au fond la même ; elles font comprendre jusqu'à un certain point l'opinion des médecins qui n'admettent, dans la folie, qu'une seule et même maladie, se masquant sous des formes variées.

1° On voit assez souvent la manie remplacer la mélancolie et réciproquement. Parfois même, cette alternance se fait avec une telle régularité et une telle continuité que quelques médecins ont pris ce fait important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale, dite folie à double forme, folie circulaire. Les mêmes alternatives de dépression et d'excitation se rencontrent dans quelques états chroniques avoisinant la démence ; mais alors les périodes n'ont aucune régularité ni dans leur durée ni dans leur intensité et sont uniquement remarquables par le contraste que présente l'état des malades à des époques peu éloignées.

2° On voit la manie laisser après elle, alors même que l'agitation et l'incohérence ont disparu, des idées délirantes isolées, de la monomanie (Moreau) ; et pareillement, à la suite d'un délire général, quelle que soit sa nature, il peut rester des hallucinations qui d'abord, confondues au milieu du trouble général de l'intelligence, persistent alors même que

les autres symptômes ont disparu, et donnent à l'aliénation mentale une nouvelle physionomie.

3° Un délire d'abord partiel peut s'élever progressivement jusqu'à une aliénation générale, soit avec excitation, soit avec dépression, en un mot, jusqu'à la manie ou la mélancolie. J'ai vu, chez quelques natures molles, timides, incapables d'une réaction même modérée, des idées de persécution d'abord très limitées, augmenter chaque jour de nombre et d'étendue sous l'influence de la terreur causée par l'isolement dans un asile, et arriver en peu de temps jusqu'à la dépression la plus complète, jusqu'à la stupeur. Chez d'autres monomaniaques, au contraire, l'idée délirante détermine une réaction très vive qui peut se transformer en un accès maniaque, et tel est le point de départ de ces paroxysmes qu'on observe dans le cours de la monomanie, paroxysmes qui transforment le délire partiel en un délire général, et peuvent amener des guérisons inespérées, exactement comme le vésicatoire ou une inflammation érysipélateuse détermine la guérison d'une affection cutanée limitée, mais passée à l'état chronique. Cet heureux résultat de la transformation d'un délire partiel s'observe rarement; trop souvent il arrive qu'une fois l'excitation ou la dépression disparue, les idées délirantes se dégagent des symptômes généraux qui les avaient masquées momentanément et reparaissent isolément avec toute leur fixité et toute leur ténacité.

CHAPITRE II.

Début de la folie. — Symptomatologie : fonctions nerveuses, fonctions digestives, respiration et circulation, fonctions génitales, secrétions, état du sang.

De certains actes délirants, suicide, homicide, vol, incendie.

ARTICLE I.

DÉBUT DE LA FOLIE.

Contrairement à l'opinion qui a cours dans le monde, il est rare que la folie débute subitement. On a vu sans doute une vive émotion de joie ou de terreur déterminer en peu d'heures l'explosion d'un accès de manie ou de mélancolie, mais dans l'immense majorité des cas on constate plusieurs semaines, plusieurs mois avant l'invasion, une modification progressive dans les idées et dans les sentiments; le malade sent en lui des idées bizarres, des penchants insolites dont il a conscience et qu'il ne peut réprimer qu'incomplétement. « Autour » de lui on remarque qu'il se manifeste quelque chose d'ex- » traordinaire dans ses goûts, ses habitudes, ses affections, » son caractère, son aptitude pour le travail; il était gai, » communicatif; il est triste, morose et fuit la société ; il était » économe, rangé, il est devenu prodigue et fastueux ; depuis » longtemps il se privait des plaisirs de l'amour, il est pris de » désirs insatiables et recherche les approches de l'autre sexe » ou se livre avec fureur à une pratique honteuse; il était » confiant, il est défiant et jaloux ; la femme voit avec indif- » férence son mari et ses enfants ; le négociant néglige ses » affaires; l'extérieur de la candeur et de la modestie a » fait place à un air de hardiesse qui étonne surtout chez les » femmes (1). » Au milieu de ces modifications du moral et de l'intelligence, on ne tarde pas à voir poindre des idées in-

(1) Georget, *Dict. de médecine*, en 30 vol., article FOLIE.

exactes, des préoccupations exagérées, qui plus tard donneront au délire son cachet spécial. Puis viennent les insomnies, le manque d'appétit, les digestions difficiles, la constipation.

Cette période d'incubation peut, au point de vue de la médecine légale et de la liberté morale de l'individu qui va être frappé de folie, devenir l'objet de doutes nombreux et de contestations très embarrassantes; elle est le plus souvent méconnue des familles qui déplorent ces modifications inexplicables du caractère et des habitudes, et ont parfois recours à des mesures de rigueur, lorsqu'enfin une émotion un peu vive, un léger accès de colère ou toute autre cause insignifiante pour un individu bien portant, amènent subitement l'explosion de la folie et en imposent sur la cause véritable et sur le point de départ de la maladie.

L'explosion de la folie, outre qu'elle se manifeste par le désordre des pensées et des actes, et par l'apparition d'idées très nettement délirantes, peut s'accompagner encore du côté de l'appareil nerveux de sensations physiques dont les sujets rendent très bien compte, et qui prouvent que, même au début des vésanies, il existe bien évidemment une modification organique du système nerveux dont nous ignorons encore la nature. M. Moreau (1), qui a insisté tout particulièrement sur ce point important, a décrit avec soin les diverses sensations éprouvées par les malades : ceux-ci ont la tête pesante, douloureuse et comme serrée dans un étau; ceux-là éprouvent, soit au front, soit à l'occiput, une douleur vague indéfinissable. Un malade disait avoir ressenti quelque chose de vraiment extraordinaire: il lui semblait que sa tête était traversée par un double courant d'eau chaude et d'eau froide, que son crâne se gonflait, s'élargissait au point de remplir toute la chambre. Il en est qui ont des soubre-

(1) *Mémoires sur les prodromes de la folie.* (*Ann. méd.-psych.*, 1852, p. 186.)

sauts nerveux, des secousses analogues aux secousses électriques, des vertiges, des bouffées de chaleur au visage; ces sensations anormales se portent même quelquefois de la périphérie vers les centres nerveux et présentent quelque analogie avec l'aura épileptique. Tel malade sent une vapeur chaude qui des reins remonte dans le dos, puis derrière la tête; tel autre éprouve à l'épigastre une vive douleur qui s'irradie vers la tête, ou bien un refroidissement des extrémités gagnant peu à peu les parties centrales; presque toujours c'est au milieu de ces impressions physiques inaccoutumées, de ces troubles de la sensibilité générale que surgissent les premières idées bizarres, les premiers troubles intellectuels.

ARTICLE II.

SYMPTOMATOLOGIE.

La rapidité avec laquelle la folie progresse et se développe, présente, selon les formes de vésanies, une foule de dissemblances. Contentons-nous ici d'envisager à un point de vue général les symptômes de la maladie arrivée à son complet développement.

§ 1. — Fonctions nerveuses.

Facultés intellectuelles. — Nous avons vu plus haut que les facultés intellectuelles présentaient des lésions partielles et des lésions générales; que les lésions partielles étaient des conceptions délirantes, des impulsions irrésistibles et des hallucinations; que les lésions générales étaient l'excitation, la dépression et l'affaiblissement. La description de ces éléments pathologiques trouvera naturellement sa place à propos de la manie, de la mélancolie, de la monomanie et de la démence que chacun d'eux sert à caractériser. Disons seulement qu'à part les cas extrêmes, il ne faut pas croire que dans l'alié-

nation mentale l'association des idées, le jugement, le raisonnement, ne conservent aucune trace de leur fonctionnement normal; le plus souvent les pensées s'enchaînent avec une logique rigoureuse, mais le point de départ étant faux, les conséquences, quoique déduites logiquement, doivent revêtir le même caractère. Une conception délirante, ainsi que l'a dit M. Falret (1), se déduit d'une conception délirante par là même loi qu'une idée raisonnable engendre une autre idée raisonnable. C'est ainsi que peu, à peu dans la monomanie, l'aliéné arrive à systématiser son délire et en faire un ensemble très logiquement coordonné, mais péchant par la base; c'est aussi de cette façon qu'il arrive à trouver des explications plausibles, à donner la raison de tous ses actes même les plus monstrueux.

De la conception délirante, dit à son tour M. Parchappe, comme d'un premier anneau, en passant par l'illusion des sens et l'erreur du jugement, se déroule toute la chaîne de sentiments, d'expressions passionnées, de jugements et de volitions qui aboutit régulièrement aux actions les plus insensées (2).

L'incohérence elle-même, à moins qu'il n'y ait affaiblissement intellectuel, est souvent plutôt apparente que réelle ; elle tient à la suppression des idées intermédiaires, à la multiplicité des idées qui se pressent et s'accumulent sans se compléter, comme dans la manie, ou même parfois à des conceptions délirantes, dont la connaissance aide à expliquer les phrases en apparence les plus décousues. Ainsi, rien n'est plus faux en général que l'opinion que les gens du monde se font de l'état intellectuel d'un aliéné. Pour eux l'aliéné a les discours sans suite, les gestes pleins d'extravagance, et tout dans ses allures dénote l'homme privé de raison. Or, il est loin d'en être toujours ainsi : dans une foule de circon-

(1) *De la non-existence de la monomanie.* (*Archiv. méd.*, août 1854.)
(2) *Symptomatologie de la folie.* (*Ann. méd.-psychol.*, 1851, p. 241.)

stances le malade conserve la conscience de son existence, de son individualité, des lieux qui l'entourent, des personnes qui l'approchent. Il montre de la ruse, de la finesse, de la préméditation; il déploie pour l'exécution de ses projets une adresse, une persévérance que rien n'égale, se tient en garde contre ceux qui l'interrogent, et peut même dans certains moments dissimuler son délire. N'ayant pas conscience de son état maladif, il proteste contre sa réclusion, contre les moyens de traitement mis en usage, et réclame énergiquement sa liberté qu'on lui a enlevée iniquement et sans motif.

Par un contraste bizarre, tout en ne se sentant pas malade, l'aliéné se rend parfaitement compte de l'état de ses compagnons d'infortune : rien de plus curieux que les appréciations que les malades portent les uns sur les autres : ils plaignent leurs voisins, ils les prennent en pitié, ils se moquent de leurs erreurs. Il en résulte que dans les grands rassemblements d'aliénés, la confiance se développe bien rarement d'un sujet à l'autre : chacun d'eux vit isolé, à de rares exceptions près, et il faut employer les exhortations et une sorte de pression morale pour obtenir qu'ils se réunissent avec une certaine régularité dans un but commun de travail ou de plaisir. Cette tendance à l'isolement, cette absence de sociabilité qui rend tout complot, toute conspiration impossibles, malgré la facilité de l'exécution, sont un des traits les plus saillants de leur caractère.

Les *sentiments affectifs* sont abolis, exaltés ou pervertis chez les aliénés : on en voit qui restent indifférents, même vis-à-vis des personnes qui leur étaient les plus chères : aucune nouvelle, aucune catastrophe ne peut les émouvoir; tandis que d'autres présentent une exaltation maladive dans leurs haines ou dans leurs affections habituelles. Quant à la perversion des sentiments affectifs et des instincts, elle est plus commune encore. Les malades, sous le prétexte le plus futile,

conçoivent des sentiments de défiance et d'aversion contre leurs enfants, leurs parents, leurs amis, et témoignent à des étrangers et à des inconnus une confiance sans limites. Si beaucoup expliquent leur conduite en mettant en avant des motifs tout à fait délirants ou de fausses interprétations données à des faits réels, quelques-uns, au contraire, constatent eux-mêmes et avec une vive affliction le changement qui se produit irrésistiblement dans leurs sentiments et s'étonnent de leur propre transformation.

La perversion des sentiments affectifs qu'il faut surtout étudier dans les actes et dans l'attitude du malade, peut exister pendant quelque temps en dehors de tout trouble apparent des facultés intellectuelles, mais c'est un symptôme prodromique très sérieux, et chez les convalescents tant qu'il persiste, on ne peut affirmer la réalité de la guérison.

Les troubles de la *sensibilité physique*, soit générale, soit spéciale, peuvent être également rangés sous trois chefs distincts : ces fonctions sont abolies, exaltées ou perverties.

a. — La sensibilité générale, comme chacun sait, offre diverses variétés : sensibilité de contact, de douleur, de température, d'activité musculaire (1), mais ce sont surtout les deux premières qui peuvent se trouver abolies (anesthésie, analgésie).

L'anesthésie est partielle ou générale : partielle, elle peut être bornée à une surface de quelques centimètres et se rencontre principalement à la partie postérieure des avant-bras, à la nuque, à l'épigastre ; générale, elle peut être étendue à toute la peau et aux muqueuses. Rien de plus facile que de la constater : il suffit de pincer la peau en la soulevant, de la piquer, de l'irriter à l'aide de décharges électriques, en examinant avec soin l'expression des gestes et de la physionomie. Il est bon toutefois de se mettre en garde contre

(1) V. Marcé, *Des altérations de la sensibilité*, Thèse d'agrégation, 1860.

certains aliénés qui, dominés par leurs idées délirantes, supportent sans sourciller, à titre d'épreuve ou d'expiation, tous les genres de douleur et en imposent quelque temps par leur complète impassibilité.

L'anesthésie et l'analgésie s'observent chez les stupides, les mélancoliques, et même les maniaques et les monomaniaques dans leurs moments de paroxysmes. On les rencontre encore dans le cours de la paralysie générale et dès son début : ce dernier fait, que souvent j'ai eu l'occasion de constater, a été signalé pour la première fois par M. de Crosant : l'anesthésie par son étendue et sa profondeur contraste alors d'une manière saisissante avec le peu de gravité apparente des autres symptômes, et permet de pronostiquer une marche rapidement fatale. Il faut, d'ailleurs, ne pas oublier que dans la folie, de même que dans l'hystérie et la plupart des névroses, l'anesthésie est un symptôme fugitif qu'il faut savoir saisir à temps et qui peut cesser d'un jour à l'autre, sous l'influence d'un mouvement fébrile, ou d'une modification dans l'état actuel. C'est ainsi que chez ceux qui offrent une stupeur profonde associée, soit au délire mélancolique, soit aux débuts d'une paralysie générale, l'anesthésie peut disparaître en quelques heures sous l'influence d'un accès d'agitation, pour reparaître ensuite, tandis qu'au contraire chez les maniaques la sensibilité revient à l'état normal, lorsqu'un violent paroxysme a fait place à un calme relatif.

L'existence de l'anesthésie et de l'analgésie rend compte d'une foule de particularités symptomatiques constatées depuis longtemps chez les aliénés. Des déments, des idiots, des mélancoliques ont pu supporter, sans donner le moindre signe de douleur, l'application de vésicatoires, de sétons, de cautères, ou même des opérations chirurgicales longues et laborieuses, qui n'ont été suivies d'aucune réaction et ont guéri avec une simplicité inaccoutumée. Les monomaniaques, les mélancoliques avec idées de suicide, offrent, surtout

dans leurs moments de paroxysme, une analgésie complète qui seule peut expliquer ces affreuses mutilations qu'ils commettent sur eux-mêmes, et dont l'histoire de la folie rapporte tant d'exemples. On en a vu se laisser consumer sur des brasiers ardents, s'amputer un doigt, se plonger un membre dans l'eau bouillante, se détacher presque complétement l'avant-bras du bras à l'aide de ciseaux de petite dimension, et cela sans témoigner le plus léger sentiment de douleur. Des maniaques se brisent la jambe et marchent sans s'en s'apercevoir sur l'extrémité saillante du tibia fracturé. Esquirol a vu une idiote se percer la joue, et avec un doigt placé dans l'ouverture, finir par la déchirer jusqu'à la commissure des lèvres. J'ai eu l'occasion d'observer un paralytique qui s'extirpa successivement à l'aide de tractions incessantes et avec une indifférence parfaite les ongles de ses dix doigts (1). Chez les femmes aliénées, l'accouchement se fait habituellement sans douleur et pour ainsi dire à l'insu de la malade. Enfin, n'est-ce pas à l'obtusion de la sensibilité qu'il faut attribuer le peu de réaction que les affections viscérales déterminent en général chez les sujets atteints de folie?

Tous ces phénomènes, si communs dans les affections nerveuses, n'avaient pas échappé aux observations du XVI^e^ et du XVII^e^ siècle, qui les expliquaient à leur façon. Lancre, conseiller au parlement de Bordeaux, chargé de poursuivre à outrance et de brûler les sorcières, confiait à une femme et à un chirurgien le soin de chercher sur le corps des filles et des garçons l'endroit où Satan avait mis sa marque. Ce point se reconnaissait à ce qu'il était insensible et qu'on pouvait impunément y enfoncer des aiguilles; tous ceux qui présentaient ce signe étaient livrés aux juges. Les tortures, les supplices de toute sorte les trouvaient impassibles, et plus tard sur le tombeau du diacre Pâris, les convulsionnaires

(1) *Thèse d'agrégation*, p. 37.

pouvaient impunément être frappées à outrance et martyrisées de mille façons. Les progrès de la science permettent maintenant de donner une saine interprétation de tous ces symptômes, bien faits d'ailleurs pour exciter la surprise, et pour lesquels chacun cherchait à plaisir des explications surnaturelles.

Il est enfin digne d'intérêt, selon la remarque de M. Michéa, de voir l'influence qu'exerce l'anesthésie sur la nature même des idées délirantes. Les malades dont la sensibilité est abolie n'ayant plus avec le monde extérieur leurs relations normales, leurs conceptions délirantes portent l'empreinte de l'imperfection de leurs sens. J'ai soigné longtemps une dame monomaniaque qui sans cesse était tourmentée par la crainte de voir adhérer à ses doigts des aiguilles, des épingles ou des corps d'un petit volume ; aussi examinait-elle ses mains à chaque instant de la journée ; or, j'ai constaté à diverses reprises que la main présentait une insensibilité complète de la surface cutanée. Le père Lambert, dont parle M. Foville (1), et qui se croyait mort depuis la bataille d'Austerlitz, était complétement anesthésique. Enfin chez ces hypochondriaques qui, sans nier leur existence, affirment cependant qu'ils n'ont plus de bouche, plus de gorge, plus de jambes ; qu'ils ne peuvent ni avaler, ni marcher, j'ai souvent observé que l'anesthésie était étendue aux muqueuses, et que le contact des aliments ne devait être senti que très imparfaitement.

Nous n'avons que peu de mots à dire des perversions et de l'exaltation de la sensibilité chez les aliénés. L'étude des perversions rentre entièrement dans l'histoire des illusions et des hallucinations ; quant à l'hyperesthésie, elle s'observe au début et dans la période aiguë de la manie, dans l'hypochondrie, dans quelques intoxications et surtout dans l'intoxica-

(1) *Dict. méd. et chirurg. pratique*, article FOLIE.

tion par le hachisch, la belladone et les solanées vireuses. J'ai vu chez de jeunes maniaques une hyperesthésie si vive que le simple contact de l'eau projetée à petite distance provoquait des douleurs intolérables : les sens eux-mêmes sont surexcités au point que le bruit, la lumière, les odeurs amènent des impressions qui vont jusqu'à la douleur et réagissent sur tout le système nerveux.

Les troubles de la *motilité* ont une importance considérable dans l'étude sémiologique de la folie, puisqu'à eux seuls ils servent à caractériser la folie paralytique. En dehors de cette forme spéciale qui sera l'objet d'une étude détaillée, on trouve la folie associée à des troubles du mouvement dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans la chorée, dans l'intoxication alcoolique, et en général on peut dire que cette association aggrave le pronostic. Dans la mélancolie, la motilité perd de son activité et de son énergie ; elle s'exalte au contraire dans la manie, ainsi que dans toutes les formes délirantes qui s'accompagnent d'excitation, et dans ces deux états opposés communique aux gestes, à l'allure, aux traits, au regard, une expression d'abattement ou d'animation qui forme un contraste saisissant; enfin les mouvements spasmodiques se rencontrent fréquemment chez les aliénés, soit que ces troubles de la motilité se soient développés en même temps que la folie, soit qu'ils aient pris naissance antérieurement et aient été la première manifestation d'un état diathésique qui s'est révélé plus tard d'une manière plus complète. Les tics nerveux, les convulsions partielles, le strabisme, le bégayement ne sont pas rares au milieu de la population de nos asiles.

Le *sommeil*, au début de la folie, est nul ou bien léger et agité par des rêves, par des cauchemars, qui bien souvent présentent le même désordre et la même incohérence que les idées pendant l'état de veille. Il est arrivé que ces rêves ont précédé l'explosion de la folie. M. Baillarger a cité l'histoire d'un négociant qui, après avoir été longtemps pour-

suivi par des rêves dans lesquels il voyait de l'or, des diamants et maniait des millions, tomba frappé de paralysie générale avec le délire ambitieux le mieux caractérisé.

L'insomnie, tenace et continue dans la période d'incubation de la folie, persiste, mais un peu moins pénible, tant que les accidents ont une marche aiguë. Plus tard, le retour du sommeil, coïncidant avec l'amélioration de tous les symptômes, est d'un excellent augure et doit être considéré comme le thermomètre de la situation.

Quand l'état mental ne s'améliore pas, un sommeil lourd, prolongé, fait craindre le passage à la démence.

§ 2. — Fonctions digestives.

L'*appétit* est très développé chez les maniaques qui, après avoir traversé les premiers jours de la maladie signalés souvent par de l'embarras gastrique, digèrent ensuite avec facilité des quantités considérables d'aliments : les forces assimilatrices sont stimulées chez eux par une dépense excessive de forces musculaires et par la suractivité de toutes les fonctions. Le mélancolique, au contraire, digère lentement, il mange peu et avec peine, soit à cause de la nature de ses fausses conceptions, soit en raison de l'inertie de tout l'organisme, dans la démence simple, dans la paralysie générale, où toute activité intellectuelle a cessé, les fonctions nutritives subsistent seules au milieu de l'anéantissement de toutes les pensées et de tous les sentiments, et l'homme, comme certains êtres d'une espèce inférieure, se trouve réduit pour ainsi dire à un tube digestif : l'appétit devient alors excessif, les aliments sont ingérés avec voracité et amènent un embonpoint de fâcheux augure.

La *constipation* est un symptôme habituel dans la mélancolie et la paralysie générale ; elle tient à la diminution de la contractilité de l'intestin et des sécrétions intestinales ; elle

peut dépendre aussi de la volonté de certains malades qui, dominés par une idée délirante, sont convaincus qu'ils ne doivent pas aller à la selle et font des efforts inouïs pour se retenir. J'ai vu une femme mélancolique s'imaginant que son corps entier s'écoulait par le rectum et que chaque évacuation allait la vider; elle ne laissait aller les matières fécales qu'après avoir résisté jusqu'à la dernière extrémité.

L'excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales a diverses significations : on l'observe dans la période aiguë de la manie; c'est alors un symptôme passager et sans gravité qui tient uniquement au profond désordre de l'innervation; on l'observe aussi dans la stupeur profonde sans qu'on puisse en tirer un fâcheux pronostic, car elle est due à l'affaiblissement de la motilité, à l'anesthésie des muqueuses et de la peau, et disparaît à mesure que la stupeur perd de son intensité. Beaucoup d'idiots sont gâteux, il en est de même des malades atteints de démence sénile chez lesquels la sensibilité, la motilité et l'intelligence sont également affaiblies.

Dans la paralysie générale, l'excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales est un fâcheux symptôme qui indique que la maladie fait des progrès et passe de la seconde à la troisième période.

§ 3. — Circulation et respiration.

Le *pouls* et la *respiration* subissent des modifications dans la folie, mais le docteur Jacobi (1) lui-même qui a fait sur ce sujet de nombreuses recherches, n'a pu rattacher par des liens nécessaires les états pathologiques de l'intelligence et des sentiments aux anomalies de la respiration, de la circulation et de la température de la peau. Aussi faut-il se borner à constater quelques faits isolés démontrés par l'ex-

(1) *Études historiques et physiologiques sur l'aliénation*, par M. Morel (*Ann. méd.-psych.*, janvier 1848).

périence de chaque jour, mais qui ne sauraient encore être généralisés.

Au début, quand le cas est aigu, la plupart des aliénés offrent une certaine accélération du pouls qui ressemble à la fièvre, mais qui cède au bout de peu de jours, une fois que la maladie a subi son complet développement. Plus tard, le pouls présente des variations qui se rattachent, soit à des dispositions individuelles, soit à la forme spéciale de maladie mentale. Il résulte des recherches de MM. Leuret et Mitivié (1) que les hallucinés occupent le premier rang sous le rapport de la fréquence du pouls; après eux viennent les maniaques, les monomaniaques, puis enfin les personnes en démence. Dans la manie, le pouls s'accélère mécaniquement sous l'influence des mouvements désordonnés du sujet, mais il se calme vite ; il est remarquable par sa variabilité et n'est nullement en rapport avec le degré de l'agitation. Chez le mélancolique, le pouls, petit, filiforme, à peine sensible, est quelquefois ralenti, mais bien plus souvent il conserve son accélération normale.

Les mouvements respiratoires, dans la manie, sont proportionnels au nombre des pulsations et ne présentent rien d'anormal; dans la mélancolie ils sont très limités et ralentis, les parois du thorax se soulèvent à peine et le murmure vésiculaire est insensible à l'auscultation : notons enfin les accès d'oppression, les étouffements, les palpitations, qui portent les malades à se découvrir, à rechercher l'air frais, et qui se rattachent non à une lésion organique, mais à une anxiété respiratoire d'origine purement nerveuse.

La *calorification* n'a pas été étudiée chez les aliénés avec la précision que comporterait ce genre de recherches. On sait seulement que chez les mélancoliques, les extrémités sont froides et se réchauffent difficilement ; qu'il en est de même

(1) *De la fréquence du pouls chez les aliénés.* 1832, p. 75.

chez les paralytiques à la seconde et à la troisième période; que les maniaques présentent, au contraire, la peau constamment chaude et couverte de sueur, tandis que chez les monomaniaques on rencontre toutes ces sensations anormales de froid, de chaleur, de frisson qui semblent plutôt se rattacher à l'irrégularité des fonctions nerveuses qu'à des modifications réelles dans la température du corps.

La *voix* éclatante, criarde ou perçante au début de la manie, ne tarde pas à prendre un timbre rauque et enroué dû à la violence et à la continuité des cris. Dans la mélancolie, surtout quand la stupeur est assez caractérisée, la voix est basse, faible et comme soufflée, les paroles sont émises avec la lenteur et l'hésitation qui président à toutes les conceptions intellectuelles.

L'examen de la parole, chez les paralytiques, a une telle importance, que nous en ferons plus loin l'objet d'une étude spéciale. Disons seulement ici que l'articulation des mots est chez eux lente, monotone, et qu'elle s'accompagne d'un tremblement vermiculaire des muscles de la langue ou des lèvres, ainsi que d'un embarras spécial qui peut offrir toutes les nuances depuis l'hésitation la plus légère jusqu'au bégayement le plus complet.

Le *mutisme* s'observe à la suite de quelques affections organiques du cerveau, comme la congestion et le ramollissement. J'ai vu une fois dans le cours de la paralysie générale, l'embarras de la parole se transformer en une impossibilité absolue de parler : le malade encore intelligent s'exprimait par gestes, et tous ses efforts pour articuler n'aboutissaient qu'à quelques contractions spasmodiques des muscles de la face; dans ce cas, les adhérences des méninges étaient exactement limitées aux circonvolutions antérieures. Les idiots au dernier degré ne savent pas parler et ne font entendre que des cris inarticulés. Chez les mélancoliques, chez les malades en stupeur, le mutisme est souvent observé;

il tient alors au profond affaissement du système nerveux, et est une des manifestations de cette torpeur profonde qui pèse sur toutes les fonctions de relation. On rencontre encore ce symptôme dans quelques cas de démence à forme stupide; ces malades entendent parfaitement, ils vivent comme les autres, se tiennent convenablement, mais restent impassibles, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles ils se trouvent, et il est impossible de leur arracher une seule parole.

Dans tous ces faits, le mutisme est involontaire et tient à l'inertie des sujets ou à la paralysie des muscles phonateurs; mais il est d'autres cas où le refus de parler dépend d'une détermination arrêtée et opiniâtre; quelques-uns de ces aliénés se renferment dans une immobilité complète et un silence absolu, ils ferment les yeux, s'abstiennent de gestes, et leur visage ne trahit aucune de leurs émotions; d'autres cherchent à se faire comprendre par signes, ont le regard intelligent et expressif, écrivent des lettres très sensées, et ont recours à la mimique la plus compliquée pour exprimer tous leurs désirs, toutes les nuances de leur pensée. Des faits de ce genre peuvent s'observer en dehors même de la folie, mais ils présentent toujours quelque chose de suspect au point de vue de l'état mental. En recherchant un jour les antécédents héréditaires d'un aliéné auquel je donnais des soins, j'appris que son grand-père qui avait joué un rôle dans les assemblées politiques de notre première révolution, ayant eu plus tard des remords de quelques-unes de ses déterminations, fit vœu de ne plus parler et resta quinze ans dans un silence absolu, vivant à la campagne et ne se livrant, d'ailleurs, à aucun acte déraisonnable.

Ces aliénés, qui gardent ainsi un silence obstiné, obéissent à une idée délirante, à une hallucination, ou simplement à une fantaisie, à un caprice, à l'esprit d'opposition; et ce qui prouve que chez eux il n'y a pas incapacité intellectuelle,

c'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long on les voit tout d'un coup se mettre à parler et souvent avec une lucidité qui étonne. J'ai vu un monomaniaque refusant à la fois de parler, de manger, de marcher, de s'habiller, qui, au bout de trois années d'un silence complet, se mit tout à coup à interpeller dans les meilleurs termes les personnes qui l'entouraient. Guislain raconte l'observation d'une fille qui, reçue dans l'établissement de Gand, n'avait pas dit un seul mot depuis deux ans. Un jour on lui permet de se promener en ville; elle se rend chez une personne de sa connaissance et dans la conversation elle s'exprime si bien que cette personne vient le lendemain solliciter la sortie de l'aliénée, tant celle-ci avait montré de rectitude dans le jugement. Une autre malade citée par le même auteur, s'obstinait depuis plus de trois ans à ne pas parler. Par suite du refus de manger il s'était déclaré chez elle un état de marasme. La sœur qui la soignait la pria instamment de l'appeler quand elle sentirait venir les approches de la mort. Et en effet, peu de temps après, au milieu de la nuit, elle éveilla cette sœur qui couchait près d'elle, et lui dit : Venez, venez, car je vais mourir. Quelques minutes plus tard elle s'éteignit.

§ 4. — Fonctions génitales.

Les *fonctions génitales* sont exaltées au début de l'excitation maniaque et de la manie, mais ce symptôme est loin d'être constant, et c'est à tort que l'excitation génitale a été signalée par beaucoup d'auteurs, comme formant un des caractères spéciaux de la manie des nouvelles accouchées, comme si une affection mentale développée sympathiquement sous l'influence d'un état particulier des organes génitaux devait nécessairement emprunter dans les symptômes quelque chose des fonctions de ces organes. Mes propres observations sont tout à fait contraires à cette opi-

nion (1). Les fonctions génitales sont exaltées plus souvent et avec plus de force dans la première période de la paralysie générale à forme expansive : ce n'est que plus tard, à la deuxième et à la troisième période, que survient l'impuissance. Chez certains sujets monomaniaques et principalement à l'âge de retour, il n'est pas rare de voir des tendances érotiques surgir avec une intensité spéciale et devenir le phénomène saillant de la maladie. Quant aux mélancoliques, aux hypochondriaques, ils sont en général remarquables par l'affaiblissement des fonctions de la génération, soit que chez eux la sécrétion spermatique soit diminuée, soit qu'il s'agisse d'une impuissance purement nerveuse.

La *menstruation* est loin d'être toujours interrompue ou troublée chez les femmes aliénées. Quand la folie est aiguë, quand les malades continuent à se nourrir et gardent toutes leurs forces, j'ai noté un grand nombre de fois que les règles conservaient leur abondance et leur régularité ; j'ai même vu fort souvent les époques se rapprocher et apparaître toutes les trois semaines, tous les quinze jours, alors qu'à l'état normal la périodicité était mensuelle, résultat conforme à ce que M. Hérard a observé dans le cours des maladies aiguës fébriles. Quand la folie se prolonge, quand les malades se nourrissent mal, sont tourmentées par l'insomnie et perdent leurs forces, il n'est pas rare que la menstruation se supprime, non sous l'influence directe des troubles cérébraux, mais par suite de l'épuisement de toute l'économie. Si la folie passe à l'état chronique et se transforme en démence, toutes les fonctions organiques reprenant leur cours normal à côté des facultés intellectuelles qui chaque jour sont plus affaiblies, la menstruation reparaît à son tour, mais non sans exercer sur la marche de la folie une influence que nous aurons plus tard à apprécier.

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes*, etc., etc., p. 202.

Chez les femmes aliénées la fécondation peut avoir lieu et la grossesse suit son cours sans incidents fâcheux ; il est même remarquable que la plupart d'entre elles arrivent à terme et semblent réfractaires aux causes habituelles de l'avortement, comme si la sensibilité de l'utérus se trouvait émoussée. J'ai vu deux fois, vers le sixième mois de la grossesse, les mouvements actifs du fœtus devenir le point de départ d'illusions assez curieuses : l'une de ces deux malades croyait avoir dans le ventre un ver solitaire ; l'autre croyait recéler un serpent qui, au moment de l'accouchement, devait s'élancer sur les personnes voisines et les dévorer.

§ 5. — Sécrétions.

Les *sécrétions*, qui sont normales ou exagérées chez les maniaques, chez les monomanes et dans la paralysie générale, sont remarquables chez les mélancoliques par leur peu d'abondance et par la difficulté avec laquelle elles s'exécutent.

Chez ces derniers l'enveloppe cutanée est sèche, rugueuse et a perdu toute souplesse et toute moiteur, le mucus nasal est supprimé, les cheveux sont secs et cassants, la salive est rare, visqueuse, la muqueuse buccale reste sèche, et pendant la mastication les aliments ne s'imprègnent que difficilement de liquide. La sécrétion lacrymale est également tarie. Au milieu des préoccupations les plus douloureuses se traduisant par des cris, des gémissements et toute l'attitude du désespoir, l'œil reste sec et pas une larme ne s'écoule. Aussi le retour de la sécrétion lacrymale, de la sueur, ainsi que le ptyalisme, sont-ils en général des indices du retour à la santé.

L'*urine* et l'*excrétion* urinaire présentent chez les aliénés quelques modifications pathologiques, mais ce sujet malheureusement est peu connu et aurait besoin de nouvelles recherches.

Chez les mélancoliques, dont toutes les sécrétions diminuent d'abondance, l'urine est rare, de couleur foncée, épaisse et bourbeuse; c'est un point qu'Esquirol avait déjà signalé. Les sédiments sont plus abondants, ils sont formés d'acide urique et d'urate, et l'on rencontre dans le liquide un excès d'urée et une grande quantité de cellules épithéliales; en même temps sa pesanteur spécifique est plus considérable (1).

Dans la manie, l'urine peut offrir des variations d'aspect, de densité, de composition chimique, mais ces variations me semblent tenir à des conditions individuelles et non à l'état maniaque proprement dit.

Dans la démence, dans la paralysie générale, la rétention d'urine, la nécessité de recourir au cathétérisme rendent souvent ce liquide alcalin, en même temps que le catarrhe concomitant de la vessie favorise le développement du muco-pus et rend l'urine trouble et fétide, mais cette altération ne dépend nullement de l'état de l'encéphale et s'observe dans tous les cas où l'excrétion urinaire se faisant avec difficulté, la vessie ne se vide pas d'une manière complète.

En somme, l'examen de l'urine chez les aliénés n'a conduit jusqu'ici à aucune conclusion positive. Chez un grand nombre de malades j'ai recherché la présence de l'albumine; je ne l'ai constatée que deux ou trois fois et dans des proportions très minimes. Burnett (2), Simpson (3) ont rapporté quelques faits de manie puerpérale coexistant avec de l'albuminurie; bien plus, dans deux cas l'excitation maniaque apparaissait et disparaissait avec l'albumine des urines, mais ces faits devraient, pour avoir quelque valeur, être dégagés

(1) V. Sutherland et Rigby, *Analyses of the urine of insane patients in Saint-Luke's hospital*, 1844 (*Ann. méd.-psych.*, t. IX, 1847, p. 145).

(2) *The Asylum, journal of mental science, Pathology of the urine in insanity*, octobre 1855.

(3) *Edinburgh medical Journal*, fév. 1857.

de toute complication ; il importe surtout que chez la femme récemment accouchée l'accès maniaque ne soit pas consécutif à des convulsions éclamptiques. On sait en effet que l'albuminurie et l'éclampsie sont deux phénomènes ayant entre eux des connexions intimes ; d'un autre côté, personne n'ignore que les affections convulsives se terminent quelquefois par des troubles intellectuels, sans qu'on ait besoin d'invoquer comme état pathologique intermédiaire l'albuminurie, en sorte que cette dernière, alors même qu'elle existerait, ne pourrait pas légitimement être regardée comme la cause des désordres de l'esprit. Cette question mérite des investigations ultérieures, mais dans l'état actuel de la science on peut dire, sans hésiter, que l'albuminurie est rare chez les aliénés, et qu'elle ne joue qu'un rôle très douteux dans la pathologie mentale.

La présence du sucre dans l'urine me paraît également très peu fréquente. Je l'ai recherchée souvent non-seulement dans la manie et la mélancolie, mais encore dans la paralysie générale, après les accès convulsifs épileptiformes, dans l'hystérie, dans l'épilepsie ; or, jamais je n'en ai trouvé de traces, et sur ce point j'adopte complétement les conclusions du travail de M. Michéa, rectifiant les affirmations de M. Alvaro Reynoso (1), relatives à la présence du sucre dans les urines toutes les fois qu'il y avait eu un accès convulsif avec tendance à l'asphyxie et gêne passagère de l'hématose.

§ 6. — État du sang.

L'étude de la composition chimique du sang chez les aliénés n'a donné jusqu'ici que des résultats peu accentués : il faut les accueillir avec d'autant plus de réserve que les difficultés très considérables que présente l'analyse chimique

(1) *Acad. des sciences*, séance du 15 décembre 1851.

du sang, difficultés qui ne peuvent être surmontées qu'à l'aide de beaucoup de temps et d'une grande habileté, jettent en général dans cette question de graves incertitudes. Il semble résulter des recherches d'Erlenmayer, que chez les aliénés il est rare d'observer une augmentation dans la proportion des globules ou dans le chiffre de la fibrine, que la crase séreuse coïncidant avec la diminution de la masse du sang, et dont le degré le plus élevé constitue la chlorose, est au contraire très commune. M. Michéa (1) reprenant cette étude, mais la limitant à la paralysie générale, admet qu'au début de la maladie, dans la majorité des cas, il y a augmentation des globules, diminution de la fibrine, tandis que l'albumine diminue notablement. Entre ces résultats de l'analyse chimique et certains symptômes, comme la congestion, les épanchements séreux, les convulsions épileptiformes, l'auteur cherche à établir des connexions qui me paraissent loin d'être démontrées.

Le seul résultat clinique qui puisse être rapproché des tentatives bien incomplètes faites dans cette direction, c'est que dans la majorité des cas d'aliénation mentale les toniques, les reconstituants rendent d'éminents services, tandis que les émissions sanguines, souvent utiles au début de la paralysie générale, doivent en tout cas être maniées avec une grande circonspection.

ARTICLE III.

DE CERTAINS ACTES DÉLIRANTS : SUICIDE, HOMICIDE, VOL, INCENDIE.

Parmi les actes de toute nature auxquels les aliénés se trouvent entraînés par leur délire, il en est plusieurs qui ont une importance symptomatique considérable, non-seule-

(1) *Acad. des sciences*, 29 novembre 1847.

ment comme expression d'un état mental fort grave, mais encore comme actes dangereux au point de vue de la société dont ils nécessitent l'intervention; je veux parler du suicide, de l'homicide, de la tendance au vol et à l'incendie.

1° Le *suicide* peut se produire en dehors de tout soupçon de folie. Il est alors le résultat de passions exagérées, de certaines convictions philosophiques ou religieuses, et s'appuie sur des raisons qui l'expliquent sans le légitimer. L'orgueil blessé, la misère, les chagrins domestiques, le regret d'une fortune perdue, l'idée de ne pas survivre au déshonneur, parfois même l'imitation et le récit fréquent d'actes semblables, tous les motifs en un mot, les plus nobles, les plus sérieux, comme les plus mesquins et les plus futiles, peuvent conduire un homme au suicide en lui laissant la plénitude de sa liberté morale.

Chez l'aliéné, le suicide est le résultat de maladies mentales très diverses : le maniaque, en proie à des illusions de la vue, peut prendre un fenêtre pour une porte et se tuer involontairement. Le mélancolique veut se suicider, entraîné logiquement par ses idées délirantes; il est déshonoré, il a commis des crimes, il doit être conduit à l'échafaud, la mort est pour lui le seul moyen d'échapper au supplice et de sauver sa famille de la honte. Celui-ci se croit ruiné et veut mourir parce que désormais il ne pourra plus subvenir à son existence; celui-là, poursuivi par des agents de police, par des ennemis qui le tourmentent de mille façons, veut mettre fin à une vie devenue intolérable. Il est des aliénés qui, dans leurs tentatives de suicide, obéissent à une voix qui leur donne des ordres; quelques-uns enfin cèdent à une impulsion irrésistible qu'ils ne peuvent dominer plus longtemps.

L'idée du suicide est toujours dangereuse et de nature à causer de vives préoccupations. Ce danger, toutefois, offre des degrés selon la forme de maladie mentale; quand la

mélancolie s'accompagne de stupeur, quand l'intelligence est obtuse et voilée, les tentatives de suicide sont en général peu redoutables, car les malades ne choisissent ni le lieu, ni l'heure ; en présence de leurs gardiens, sans préméditation, sans calcul, ils cherchent machinalement à s'étrangler ou à se pendre. Il n'en est plus de même chez les monomanes qui dissimulent soigneusement leur projet et feignent d'y avoir renoncé ; ils disposent tout à l'avance avec une finesse et une persévérance à peine croyables, cachent leurs moyens d'exécution, cherchent à éloigner leurs gardiens sous quelque prétexte et commettent leurs tentatives au moment le plus inattendu et avec une indomptable énergie. Dans l'impossibilité de se procurer des armes, ils avalent des corps étrangers comme des cailloux, des aiguilles, des fourchettes; cherchent à se briser la tête contre les murs, à s'étrangler, à se pendre, à se précipiter d'un lieu élevé, à se jeter dans une rivière. Si ces tentatives restent irréalisables par suite de la surveillance de ceux qui les entourent, ils essayent de mourir de faim en refusant toute alimentation.

2° Les actes d'homicide sont déterminés par des causes analogues à celles que nous venons d'indiquer. On voit des maniaques en fureur briser et anéantir tout ce qui se présente à eux, et cela sans qu'ils aient conscience de ce qu'ils exécutent. Quelques aliénés sont entraînés par une impulsion irrésistible, mais le plus souvent le meurtre est commis ou tenté en raison d'idées délirantes, de sentiments de haine et de vengeance contre tel individu qu'ils regardent comme leur persécuteur, qu'ils accusent de tous leurs maux imaginaires; ou bien encore l'idée qui sert de point départ à l'homicide est plus complexe et plus détournée. Un homme en proie à une vive exaltation religieuse tue ses deux enfants afin de leur donner un baptême de sang et de les conduire au ciel. Un autre commet un meurtre sur une personne inconnue, choisie au hasard, dans l'espérance que, traduit devant les

tribunaux et condamné à mort, il aura le temps, avant son exécution, de se confesser, de communier et de s'assurer le ciel. Quelquefois enfin ces malheureux sont entraînés par des voix qui leur crient de tuer et qui les obsèdent jusqu'à ce qu'ils aient succombé.

3° La tendance au *vol* s'observe, surtout au début et dans le cours de la paralysie générale, chez des malades offrant comme symptôme prédominant de l'affaiblissement intellectuel. J'ai eu dans mon service de Bicêtre plusieurs paralytiques qui volaient indistinctement tous les objets qu'ils pouvaient saisir; ils les cachaient dans leurs poches, dans leurs matelas, dans tous les coins de la maison, sans jamais chercher à en faire le moindre usage. Ces vols empruntent un caractère spécial à l'état de démence : ils sont commis avec imprévoyance, en plein jour, les malades oublient ce qu'ils ont fait des objets dérobés et n'ont aucune conscience de la valeur morale de l'acte qu'on leur reproche.

La propension au vol se rencontre encore chez les idiots, chez les imbéciles; elle vient se surajouter comme complication à diverses formes de folie, et peut être la conséquence d'idées délirantes spéciales; nous verrons même, à propos des monomanies, qu'on a décrit comme maladie distincte la monomanie du vol ou kleptomanie qui se développerait en dehors de toute lésion intellectuelle et serait le résultat d'une impulsion instinctive.

4° Les *incendiaires* sont poussés également ou par des sentiments de vengeance fondés sur des motifs imaginaires, ou par des hallucinations, ou enfin par des mouvements instinctifs qu'il n'est pas rare de rencontrer, surtout chez des idiots et des imbéciles.

CHAPITRE III.

Marche de la folie. — Type continu, rémittent, intermittent.

Des crises dans la folie; crises par rétablissement des fonctions physiologiques; **par révulsion ou substitution**; par cessation de la cause d'une folie sympathique.

ARTICLE I.

MARCHE DE LA FOLIE.

La folie peut, dans sa marche, revêtir le type continu, rémittent ou intermittent.

1° Type continu.

Le type *continu* est rare et, en général, est de mauvais augure. Ce n'est guère que dans les formes incurables que l'on observe cette uniformité parfaite, cette invariabilité absolue dans les symptômes dont quelques cas de démence, de stupeur chronique, fournissent des exemples.

2° Type rémittent.

Le type *rémittent* est sans contredit le plus favorable au point de vue de la guérison; il est aussi le plus commun. Et en effet, la plupart des cas d'aliénation mentale, tout en offrant dans l'ensemble de leur marche, mais d'une manière mal limitée, une période d'augment, d'état et de déclin, présentent d'un jour à l'autre des alternatives incessantes d'aggravation et d'amélioration au milieu desquelles la maladie suit son cours en conservant ses caractères spéciaux. Ne pouvant soumettre ces oscillations à des lois précises, indiquons du moins les circonstances qui influent sur leur retour.

A une vive exaltation, quelle que soit sa durée, succède en général un calme relatif; après une journée très mauvaise, un malade agité passe souvent une nuit tranquille, et réciproquement, après une journée calme, les chances sont grandes pour que la nuit se passe sans sommeil.

Les grandes chaleurs accompagnées d'orages, les froids vifs et secs augmentent l'excitation et le délire des aliénés : ce fait est surtout sensible dans les grandes réunions de malades où l'aggravation des symptômes se traduit par un redoublement manifeste dans le bruit, le désordre et toutes les manifestations délirantes.

Les affections mentales s'exaspèrent souvent au printemps ; l'automne est la saison des rémissions et partant celle qui fournit le plus grand nombre de guérisons.

C'est une opinion depuis longtemps populaire que les diverses phases de la lune agissent sur l'état des aliénés et amènent une exacerbation périodique dans tous les symptômes : d'après Daquin (1), les nouvelles lunes et les derniers quartiers sont de tous les points lunaires ceux qui exercent une influence réelle et puissante : cette observation est loin d'avoir été confirmée par les recherches des observateurs modernes qui, tout en reconnaissant dans la folie des exacerbations mensuelles, n'ont pu saisir de corrélations constantes entre ces exacerbations et les révolutions lunaires.

Il n'en est pas de même de la menstruation, fonction qui, jouant un rôle si important dans l'étiologie de la folie, devient en outre, chez les aliénés, pendant la période d'état de la maladie, le point de départ presque constant d'une aggravation périodique dans tous les symptômes : tantôt ce paroxysme a lieu au moment même des époques, tantôt il les précède, tantôt enfin il les suit. Dans tous les cas, ce fait, par sa constance, devient utile au point de vue des indications thérapeutiques.

Les émotions morales, les excitants extérieurs, les écarts de régime, deviennent tout autant de motifs accidentels d'une aggravation passagère qui disparaît avec la cause qui lui a donné naissance.

Les rémissions qui ont lieu dans l'intervalle des pa-

(1) *La philosophie de la folie*, Paris, 1792, p. 85.

roxysmes peuvent être plus ou moins accentuées : on voit des malades, surtout des monomaniaques, chez lesquels le délire se circonscrit singulièrement pendant les périodes de calme ; ils peuvent dissimuler leurs préoccupations maladives, se maintenir et en imposer pour une guérison, bien qu'au fond les idées délirantes restent les mêmes, prêtes à reprendre leur empire au premier paroxysme. Chez les maniaques, chez les mélancoliques, on observe des rémissions de cette nature, mais l'inaptitude au travail, l'insomnie, un reste d'excitation ou de dépression indiquent que la rechute est prochaine : la paralysie générale elle-même, bien que liée à un état organique dont la marche est fatale, présente parfois dans ses symptômes les plus graves une rémittence qui peut se prolonger pendant des années entières et faire croire à une heureuse terminaison, lorsque au bout de ce temps la maladie reprend sa marche habituelle.

La rémittence peut aller jusqu'à l'intervalle lucide complet, signe avant-coureur d'un bon augure, qui, variable dans sa durée, dans son mode d'apparition, dans son degré, se rencontre principalement dans les formes aiguës comme la manie et est en général l'indice d'une prochaine amélioration.

3° Type intermittent.

Dans le type *intermittent*, on voit tous les symptômes cesser brusquement pour reparaître au bout d'un intervalle qui peut être d'un ou de plusieurs jours, d'une ou de plusieurs semaines, d'un mois, d'une année : c'est ainsi qu'il existe des manies et même des mélancolies intermittentes à type tierce, quarte, hebdomadaire, mensuel, annuel ; dans d'autres cas, l'intermittence est de durée fort inégale et ne semble soumise à aucune périodicité fixe. Le fait de l'intermittence qui en pathologie médicale comporte avec lui un heureux pronostic en ce sens qu'il est facilement accessible aux antipériodiques, est au contraire fort grave en médecine

mentale lorsqu'il est bien nettement accusé, et, à moins que la périodicité ne soit liée à un état fonctionnel comme la menstruation, indique presque toujours l'incurabilité.

A côté de l'intermittence signalons une alternance très remarquable que l'on rencontre entre la manie et la mélancolie, lesquelles s'associent entre elles pour constituer un accès à double forme se reproduisant périodiquement ou à intervalles inégaux ; tantôt ces accès se succèdent sans interruption, tantôt ils sont séparés par un intervalle lucide : nous étudierons plus tard cette variété de folie, comme une affection distincte sous le nom de folie à forme.

Lorsque, arrivée à sa période de déclin, la folie à marche continue ou rémittente doit se terminer par la guérison, l'amélioration s'opère en général avec lenteur : le délire perd peu à peu de son intensité; le malade est moins agité ou moins absorbé. Son attention peut se fixer sur les objets extérieurs, il se rapproche de ceux qui l'entourent, les interroge, cherche à se rendre compte de l'endroit où il se trouve, des faits qui se sont passés pendant sa maladie : il raisonne ces faits, les apprécie, coordonne ses souvenirs, et loin de chercher à justifier ses anciennes idées délirantes comme on le voit dans les fausses convalescences, a la conscience du trouble qui a égaré son esprit. La sensibilité morale revient, il demande ses parents, ses amis, et s'informe des événements qui les concernent ; il le fait avec calme, avec un sentiment d'affection profonde, mais mesurée, bien différent de cet empressement immodéré et toujours dangereux que présentent certains malades pour être rendus immédiatement à la liberté, pour revoir leurs parents et reprendre leurs occupations. En même temps la physionomie prend un aspect plus normal; les traits sont reposés, souvent un peu amaigris, comme il arrive après des fièvres graves, alors que la période de turgescence est passée; le sommeil devient chaque jour plus pro-

fond et plus prolongé, les fonctions digestives reprennent leur régularité et leur énergie, et le malade éprouve un vif sentiment de bien-être. Au milieu de ces heureux symptômes, il n'est pas rare d'observer encore quelques idées déraisonnables qui se dissipent à la moindre réflexion, ou bien un peu d'incertitude dans l'enchaînement des idées, incertitude qui s'explique par le sentiment de honte, de vague défiance d'eux-mêmes, que quelques convalescents offrent encore pendant les premiers jours.

En guérissant, le malade est redevenu ce qu'il était avant de tomber dans l'aliénation mentale; quelquefois même, dit M. Falret, la révolution que vient de subir le système nerveux et qui a servi de crise à des causes pathologiques plus ou moins actives au sein de l'organisation, ainsi que le besoin senti par l'aliéné d'exercer de l'empire sur lui-même déterminent d'heureux changements dans le moral et l'intelligence, mais ces améliorations sont l'exception et non la règle. C'est beaucoup déjà que d'être après la folie ce qu'on était avant son invasion. Un grand nombre d'aliénés rétablis, conservent une exagération des signes qui témoignaient antérieurement chez eux d'une prédisposition à la folie ; beaucoup d'autres manifestent à sa suite de nouvelles apparences qu'un médecin expérimenté ne considère jamais légèrement. Lorsqu'il a à se prononcer sur une guérison définitive, il ne voit pas sans sollicitude un aliéné rétabli rentrer dans la société avec une sensibilité, une irritabilité ou une inconstance qui n'étaient pas dans son caractère, du moins dans cette mesure. Pour peu qu'à ces phénomènes se joignent des insomnies, des céphalalgies, et quelques irrégularités de sentiment, vainement observerait-on depuis quelque temps une absence complète de délire ; la durée de la guérison est douteuse (1).

(1) *Leçons cliniques de médecine mentale*, Paris, 1854, p. 257.

ARTICLE II.

DES CRISES DANS LA FOLIE.

Lorsqu'un accès de folie a parcouru ses périodes et marche vers la guérison, on a dit que cette heureuse terminaison ne s'opérait jamais sans l'apparition de *phénomènes critiques;* en un mot on a appliqué à la folie la doctrine des *crises* prise dans son acception la plus étendue.

Esquirol, suivant en cela la pensée d'Hippocrate et de Galien, ne regarde la guérison comme constante que lorsqu'elle a été signalée par quelque crise sensible. Si la folie passe si souvent à l'état chronique, c'est, dit-il, que les efforts critiques sont rarement parfaits et souvent avortés.

On sait que pour les anciens la *crise* est un effort salutaire de la nature qui se soulève contre la matière morbifique et cherche à l'expulser. Cette matière morbifique peut être évacuée au dehors ou bien expulsée seulement de la masse du sang et déposée en quelque point de l'économie. Les phénomènes critiques sont ceux qui résultent de ce mouvement des humeurs peccantes en voie d'élimination ; le plus souvent réputés favorables, ils se produisent à certains jours appelés *jours critiques.*

Il est incontestable que dans la folie certaines évacuations, certains phénomènes morbides coïncident parfois avec une amélioration très notable des symptômes ou une guérison qu'on est en droit de leur attribuer en tout ou en partie; mais si l'existence des phénomènes dits critiques est démontrée par l'expérience, il y a loin de ce fait d'observation à l'idée théorique telle que l'avaient énoncée les anciens. La doctrine des jours critiques a été contestée de tout temps comme contraire même aux observations hippocratiques, et les symptômes critiques eux-mêmes font très souvent défaut, sans que la guérison venue graduellement et sans secousses, soit moins complète et durable. Bien plus

on voit chaque jour des phénomènes jadis considérés comme critiques, des parotides, des abcès, suivre leur cours sans exercer sur la marche de la maladie mentale aucune influence favorable ou défavorable, ou n'exercer cette influence que d'une manière passagère, l'affection mentale reprenant son cours habituel dès que le phénomène accessoire a disparu; c'est ainsi que j'ai vu un rhumatisme articulaire aigu faire disparaître complétement pendant une quinzaine de jours un état de stupeur devenu chronique; la maladie mentale reparut à mesure que le rhumatisme approchait de la guérison.

Quant aux faits dans lesquels cette influence a été évidente, ils sont très réels et méritent d'être étudiés à part. On peut sans doute leur conserver le nom de phénomènes critiques pour indiquer qu'ils ont aidé puissamment à la solution heureuse de la folie, mais loin d'être considérés en vertu de théories humorales surannées, comme le résultat de l'élimination de la nature morbifique, d'un mouvement salutaire de la nature, ils peuvent être l'objet d'interprétations infiniment plus rationnelles. Et en effet ces phénomènes, analysés avec soin se rangent en quatre catégories distinctes.

1° Tantôt ils consistent dans l'amélioration de certaines fonctions, comme la digestion, l'assimilation, ou dans la réapparition de sécrétions physiologiques comme la sueur, la salive, les larmes, la menstruation, sécrétions qui, supprimées pendant la maladie, se rétablissent par suite du retour à la santé.

2° Ou bien ce sont des inflammations locales, des abcès, des anthrax, des parotides, des pneumonies, des tubercules pulmonaires, qui agissent en produisant une révulsion énergique; quelquefois même des affections générales, des fièvres intermittentes, des fièvres éruptives qui, développées pendant la durée de la folie, se mettent à sa place et agissent par une véritable substitution.

3° Enfin il s'agit parfois d'une aliénation mentale déve-

loppée sympathiquement qui guérit lorsque la maladie première a disparu. Est-il juste de dire alors que la disparition de l'affection primordiale sert de crise à la folie?

1° Crises par rétablissement des fonctions physiologiques.

Parmi les faits de la première catégorie il faut citer ce que Esquirol a appelé les crises par l'embonpoint ou l'amaigrissement, ou crises par le système absorbant. On voit des aliénés qui pendant le déclin de la maladie engraissent progressivement et guérissent lorsque l'embonpoint a atteint une certaine limite; d'autres, au contraire, maigrissent considérablement et ne commencent à éprouver quelque amélioration dans leur état intellectuel qu'au dernier degré du marasme. Ces faits, très curieux d'ailleurs, ne sont pas autre chose que le retour des fonctions assimilatrices à leur niveau physiologique.

Il en est de même des crises par la *sueur*, sur lesquelles on a tant insisté. Le rétablissement de la diaphorèse est le signe précurseur du rétablissement de la santé; c'est un symptôme d'un heureux augure, mais il ne faut pas lui attribuer une importance exagérée. J'ai constaté souvent, dit Guislain, des sueurs copieuses qui se manifestaient dans le cours de la manie sans qu'il en résultât quelque soulagement pour le malade (1).

Baillou a signalé le *ptyalisme* comme ayant amené une crise favorable dans des cas de mélancolie et d'hypochondrie. M. Foville a vu également un accès de stupeur guérir rapidement à la suite d'un ptyalisme abondant.

Plusieurs auteurs ont décrit les crises par les *larmes* comme un des modes heureux de terminaison de la folie et Esquirol en a cité quelques exemples, mais ce symptôme n'est pas autre chose que le résultat de l'amélioration simultanée de

(1) *Leçons sur les phrénopathies*, t. II, p. 279.

l'état mental et de l'état physique du malade. En même temps que les sécrétions physiologiques, jusque-là taries, reparaissent, les sentiments affectifs se raniment; le souvenir du passé, la vue des personnes aimées amènent une émotion inaccoutumée et une détente générale du système nerveux qui permet l'effusion des larmes.

On a attribué une grande importance au point de vue des phénomènes critiques au retour de la *menstruation*, après une longue suppression. Ce symptôme est en effet favorable et s'accompagne souvent d'une notable amélioration dans l'état intellectuel, mais le plus souvent les règles ne reviennent que lorsque la malade est déjà en voie de rétablissement, et elles-mêmes doivent être considérées comme le premier résultat du retour à la santé et non comme un phénomène critique. Il peut même arriver que la guérison soit sérieuse et durable, alors même que les règles ne sont pas revenues, leur rétablissement lié plus intimement à la nutrition se faisant quelquefois avec une très grande lenteur.

A côté de la menstruation je n'hésite pas à ranger l'écoulement sanguin *hémorrhoïdaire* qui, chez quelques sujets, a toute la valeur d'une hémorrhagie périodique et normale. Déjà Hippocrate avait signalé toute l'importance de cette fonction chez les aliénés (1), et la plupart des médecins, forts de leur expérience, ont maintenu cette opinion. Il y a en effet dans l'écoulement hémorrhoïdaire, une hémorrhagie à la fois déplétive et révulsive qui agit indirectement sur la circulation cérébrale et qui explique parfaitement toute l'importance de cette fonction dans la folie et surtout dans la paralysie générale, où les mouvements congestifs vers la tête sont infiniment plus marqués. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir à cause de ses conséquences thérapeutiques.

(1) Voy. p. 3.

2° Crises par révulsion ou substitution.

Très souvent, avons-nous dit, les phénomènes appelés critiques sont des affections, soit locales, soit générales, qui agissent sur la folie par révulsion ou par substitution. Il suffit de parcourir les auteurs qui traitent de la folie pour en trouver une foule d'exemples.

Esquirol a noté la guérison d'un délire maniaque intense chez une femme de soixante-quatre ans, à la suite de l'apparition d'une parotide qui se termina par suppuration, et Pinel avait observé chez un jeune homme un fait analogue.

M. Mérier (1) a vu deux cas de manie aiguë jugés par des parotides et par un abcès de la fesse.

M. Barth (de Sirentz) (2) rapporte un cas de monomanie religieuse qui, chez une femme de quarante-cinq ans, au bout de trois mois de durée, se termina heureusement par la guérison, après l'apparition à la nuque d'un anthrax considérable suivi d'une longue suppuration.

Georget a vu une jeune fille maniaque guérir à la suite de l'apparition de phlyctènes gangréneuses aux jambes et aux pieds.

M. Foville rapporte le fait d'une manie, suite de couches, guérie après la formation d'un abcès du sein (3). MM. Aubanel et Ferrus ont signalé l'heureuse influence de vastes suppurations sur la marche de la folie. On a cité quelques faits dans lesquels l'ablation d'un cancer du sein développé chez des aliénées, avait déterminé la guérison de la maladie mentale. Enfin on a raconté (4) l'histoire d'un aliéné de quarante-sept ans, malade depuis dix ans, et offrant tous les symptômes de la paralysie générale, qui, à la suite d'une amputation de la jambe rendue nécessaire par un accident traumatique, eut une ré-

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1849, p. 582-588.
(2) *Bulletin thérapeutique*, avril 1846, et *Ann. méd.-psych.*, t. VIII, p 118.
(3) *Thèse*, 1824, n° 138, p. 14.
(4) *Lancette française*, 1332, n° 65.

mittence caractérisée par la disparition du délire ambitieux, de l'incohérence des idées et de l'embarras de la parole.

M. Thore (1) a cité deux faits de manie, l'un datant de plusieurs mois et l'autre de plusieurs années, qui tous deux guérirent très rapidement à la suite de l'apparition d'un érysipèle de la face.

Chiarugi a vu la variole servir de crise dans un accès de manie.

La suppression de la gale comme cause de folie et la réapparition de cette affection cutanée comme phénomène critique, sont de ces opinions médicales qu'une connaissance plus complète des affections psoriques a réduites à leur juste valeur. On a cité cependant des affections très étendues comme l'eczéma et le prurigo, liées à un état constitutionnel, qui, développées chez des aliénés, ont contribué puissamment à la disparition des accidents nerveux, et ces faits ont été racontés par des observateurs dignes de foi.

Une bronchite fébrile intense a mis fin, dans un cas, à un violent paroxysme de manie (2). M. Thore a rapporté l'observation très curieuse d'une manie furieuse alternant avec une double pneumonie : la pneumonie apparut deux fois, et deux fois le délire cessa complétement (3). MM. Germain et Bouchet (4) citent un cas de stupeur terminé heureusement par l'apparition d'une pneumonie.

Plusieurs médecins ont noté l'influence de la phthisie pulmonaire sur la marche de la folie : un accès de folie chez une fille de trente-cinq ans dure pendant deux années avec de violents paroxysmes d'agitation ; la malade devient phthisique : à mesure que l'altération organique fait des progrès, les troubles intellectuels diminuent d'intensité et abou-

(1) *Annales méd.-psych.*, 1844, t. III, p. 344 et seq.
(2) *Édinburgh med. and surg. journal*, avril 1833.
(3) Thore, *loc. cit.*
(4) *Ann. méd.-psycholog.*, t. V, p. 181.

tissent à un état complet de raison qui persista jusqu'à la mort(1). Bouchet (de Nantes) rapporte un cas analogue et cite en même temps une observation fort curieuse où la manie et la phthisie pulmonaire marchèrent simultanément dans la voie de l'amélioration : la manie guérit complétement en même temps que les symptômes de tuberculisation diminuèrent d'intensité (2). Dans un autre fait rapporté par Richard Mead, on vit les symptômes de la maladie du poumon s'amender et disparaître à mesure que le délire et les hallucinations se manifestaient. Enfin, quelquefois il existe une sorte d'alternance entre les symptômes de la phthisie pulmonaire et le phénomène du délire (3).

Quoi qu'il en soit de ces faits, curieux à tous égards, le nombre considérable d'aliénés qui succombent à la phthisie tuberculeuse sans que l'état mental ait éprouvé la moindre amélioration, prouve que cette influence révulsive doit être considérée comme exceptionnelle.

Les *maladies chroniques des voies digestives*, la *diarrhée*, la *dysenterie* ont amené, dans quelques cas la disparition des troubles intellectuels, et Pinel parle d'un *ictère* qu'il considère comme critique dans un accès de manie.

L'apparition d'un *mouvement fébrile* a souvent exercé une influence des plus énergiques sur l'heureuse terminaison de la folie et prouvé toute la vérité de l'axiome hippocratique : *Febris spasmos solvit*. Galien cite le fait d'un accès de folie guéri à la suite d'une fièvre quarte. Esquirol rapporte plusieurs faits analogues à la suite de fièvres gastriques, bilieuses, intermittentes (4). D'après Guislain (5), M. Hergt, à Illenau, a vu un aliéné réputé incurable se rétablir après quatorze années de manie, sous l'influence du retour d'une

(1) *Ann. méd. légales belges*, 1843.

(2) *Annales d'hygiène*, 1840, t. XXIII, p. 270.

(3) Pinel, *Thèse inaug.*, p. 24 et suiv.

(4) Esquirol, t. I, *Terminaisons critiques de la folie*, p. 337.

(5) *Leçons sur les phrénopathies*, t. II, p. 277.

fièvre intermittente dont ce malade avait été atteint lors de son entrée dans l'établissement. Plusieurs faits d'amélioration ou de guérison à la suite de fièvres intermittentes, dans des cas moins graves, ont été relatés par le docteur Koster (de Sieburg). M. Girard de Cailleux (1), dans un travail plein d'intérêt sur l'influence des fièvres intermittentes sur l'épilepsie et la folie, donne l'histoire d'un cas de manie terminé heureusement au quatrième mois par une fièvre intermittente avec hémorrhagie nasale qui jugea la folie. Enfin, M. Belhomme (2) a cité deux observations, l'une de manie aiguë, l'autre de stupidité, jugées par une fièvre intermittente.

Tous ces faits sont dignes d'intérêt, car ils démontrent non-seulement l'action substitutive qu'une maladie peut exercer lorsqu'elle vient s'enter sur une autre, mais encore ensuite l'utilité que peut avoir l'emploi de révulsifs énergiques et prolongés dans quelques cas de folie. Mais il serait peu conforme à la vérité, de vouloir trouver dans l'apparition et la valeur de ces phénomènes quelque loi constante et régulière comme l'admettait la doctrine des crises. Bien plus, dans ma conviction, cette heureuse influence de certaines maladies incidentes chez les aliénés a été notablement exagérée, et l'on a trop volontiers insisté sur les cas heureux en négligeant les autres. J'ai vu comme beaucoup d'autres, des furoncles, des anthrax, des abcès, des affections de toute nature survenir dans le cours de la folie. Dans la majorité des cas, je n'ai observé aucun effet appréciable de cette révulsion, et souvent même l'affection intermittente, abcès ou parotide, a amené la mort sans aucune rémission dans l'état mental; dans les cas heureux, l'apparition du phénomène critique avait presque toujours été précédée d'une amélioration déjà très sensible dans les troubles de l'intelligence.

(1) *Ann. méd.-psych.*, t. VIII, p. 83 et seq.

(2) *Cinquième mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie.* **Paris, 1849.**

3° Crises par cessation de la cause d'une folie sympathique.

3° Enfin, l'on a cité comme exemple de l'heureuse influence des crises dans la folie, des observations d'aliénations mentales sympathiques dans lesquelles la guérison de la maladie primitive avait amené la guérison de la folie : une femme devient folle en même temps qu'un polype utérin se développe chez elle : on enlève le polype, la folie guérit. Prost rapporte des faits de folie terminés par la guérison à la suite de l'expulsion des vers intestinaux (1). Sauvages donne l'histoire de sujets devenus aliénés par la présence de larves dans les cavités nasales et guéris par leur expulsion. Sont-ce bien là des phénomènes critiques?

On a considéré encore la grossesse, l'accouchement, l'allaitement comme servant de crise à la folie; mais j'ai prouvé autre part que l'accouchement ne guérissait les aliénées que dans les cas fort rares où la folie s'était développée sympathiquement par suite de la grossesse, et que l'état puerpéral produisait bien plus souvent le développement ou même l'aggravation de l'aliénation mentale qu'il n'amenait sa guérison.

CHAPITRE IV.

Des causes de la folie. — Causes prédisposantes. — *générales* : civilisation, idées religieuses, événements politiques. — *Individuelles* : hérédité, âge, sexe, climat, état civil, profession, éducation.

Causes occasionnelles. — *De l'ordre moral* : passions et émotions, imitation, emprisonnement cellulaire. — *De l'ordre physique* : causes locales, causes générales, causes physiologiques, causes spécifiques.

L'étiologie joue un rôle de premier ordre dans l'étude de la pathologie mentale. Sans doute, les causes ne peuvent sans

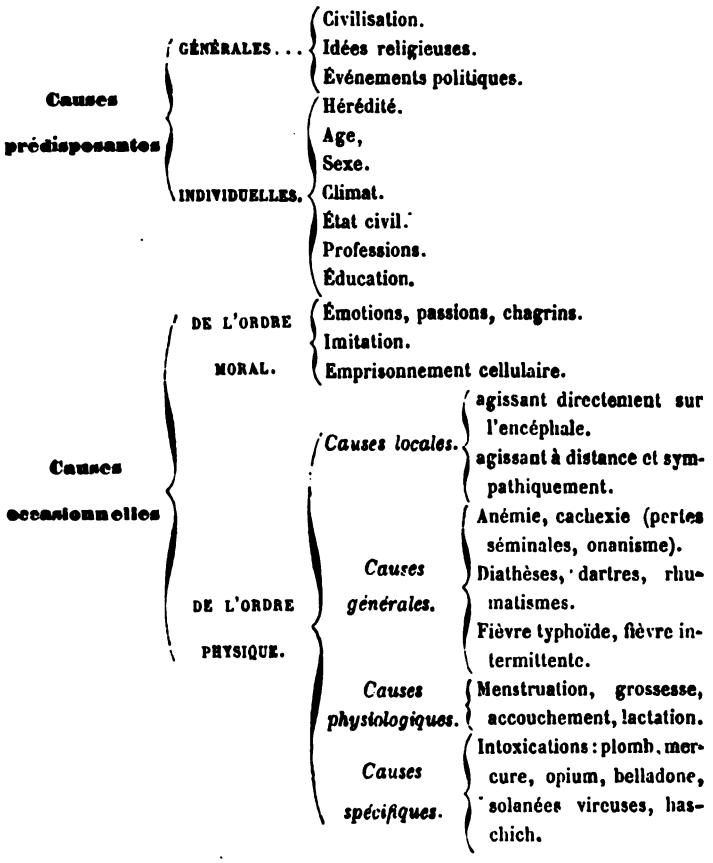
(1) Prost, *Deuxième coup d'œil sur la folie*, p. 25 et suiv.

de graves inconvénients servir de base à une classification des maladies mentales, et cette loi, formulée par M. Morel d'une relation intime, nécessaire entre la forme de l'aliénation mentale et la nature de la cause (1), est soumise à de si nombreuses exceptions, qu'en prenant l'étiologie comme point de départ d'une nouvelle classification, on s'expose nécessairement à substituer aux divisions si claires des anciens auteurs des formes pathologiques confuses et mal définies ; mais ceci ne doit pas faire méconnaître que les causes de la folie, si importantes par elles-mêmes, impriment en outre aux troubles intellectuels qu'elles déterminent quelques caractères spéciaux qui aident puissamment au diagnostic. Aussi, chemin faisant et tout en traitant du mode d'action de ces causes, nous ne négligerons pas d'indiquer, lorsqu'il y a lieu, la part qui doit leur être faite dans l'ensemble symptomatique de la maladie.

Nous diviserons les causes de la folie en prédisposantes et occasionnelles. Les causes prédisposantes sont générales ou individuelles, les causes occasionnelles sont de l'ordre moral ou de l'ordre physique.

Chacune de ces catégories se subdivise à son tour en de nombreux chapitres ainsi que l'indique le tableau suivant, dans lequel se trouve résumé d'une manière synoptique l'ensemble des influences étiologiques qui favorisent le développement de la folie. Faisons remarquer toutefois qu'il est bien rare que ces influences étiologiques agissent isolément : le plus souvent elles s'associent entre elles, causes prédisposantes et causes occasionnelles, causes morales et causes physiques, et leur réunion ne fait qu'accroître l'intensité de leur action.

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 250.



ARTICLE I.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

§ 1. — Causes prédisposantes générales.

1° *Civilisation.* — Parmi les causes prédisposantes générales, on a noté surtout la *civilisation*, et voici sur quels arguments on s'est appuyé. En Europe, le nombre des aliénés est considérable et tend chaque jour à s'accroître avec les progrès des arts et de l'industrie, à tel point qu'en France le rapport du nombre des aliénés à la population totale qui en 1836 était

de 1 sur 3024 habitants, s'est trouvé en 1851 de 1 sur 1676 habitants. Au contraire, chez les nations nomades, asiatiques, et chez les sauvages de l'Amérique, la folie est extrêmement rare. Desgenettes, d'après Georget, n'a trouvé que quatorze fous dans l'hôpital du Caire. M. Moreau a vu très peu d'aliénés en Orient, il n'en a pas rencontré un seul dans la Nubie. M. Aubert n'a observé que deux idiots dans l'Abyssinie qu'il a parcourue dans tous les sens (1). Le docteur Williams qui résida en Chine pendant douze années a dit récemment que l'aliénation mentale y était très rare, et de Humboldt a cherché vainement des aliénés parmi les sauvages de l'Amérique.

En Europe même, nous voyons le nombre des aliénés devenir plus considérable à mesure que les centres de population sont plus importants. A Gand, d'après Guislain (2), la statistique indique à peu près 1 aliéné sur 302 habitants, tandis que la population rurale de la province offre 1 aliéné sur 1474 habitants. M. Renaudin a trouvé que la population totale du département de la Meurthe compte 1 aliéné sur 1468 habitants, tandis que dans ce nombre la ville de Nancy figure pour 1 sur 500 habitants.

C'est en se fondant sur des documents de cette nature qu'on a dit que l'immobilité, l'ignorance, l'absence d'idées des peuples primitifs, restreignaient le développement de la folie, tandis que l'activité fiévreuse, les désirs sans limites, l'effervescence continuelle de notre civilisation moderne accroissaient le nombre des aliénés en multipliant les causes d'excitation cérébrale; solution véritablement désolante pour les amis du progrès.

Posée de cette façon, la question de l'influence de la civilisation sur le développement de la folie est trop vague pour pouvoir être nettement résolue. Ainsi que l'a dit avec tant

(1) *Annales d'hygiène publique*, t. XXXI, XXXII.

(2) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, t. II, p. 19.

de raison M. Parchappe (1), les progrès de la civilisation ont une influence complexe sur le nombre des aliénés qu'ils tendent à accroître par certains de leurs éléments et à augmenter par d'autres. Si, en effet, on regarde comme un produit de la civilisation la débauche, les excès alcooliques répétés, la misère, les chagrins domestiques, les travaux intellectuels excessifs, incontestablement ces causes augmentent le nombre des aliénés ; tandis qu'au contraire l'augmentation de l'aisance, de l'instruction et de la moralité, un développement convenable du sentiment religieux, atténuent l'activité de plusieurs causes de la folie, comme la colère, la frayeur, l'amour-propre blessé, et tendent à restreindre le nombre des fous et des suicides.

Cette manière de diviser la question peut seule jeter quelque clarté sur un sujet qui a été le texte de bien des développements déclamatoires. Les faits que nous avons cités et que l'on a mis en avant relativement au peu de fréquence des aliénés en Orient, perdent toute leur valeur lorsqu'on songe à l'absence totale de documents statistiques dans les pays peu civilisés, aux aliénés vagabonds dont personne ne prend souci et dont il est impossible d'apprécier le nombre, surtout pour des étrangers et des voyageurs. Si la proportion des aliénés s'accroît à mesure qu'une nation devient plus civilisée, cet accroissement tient à ce qu'ils sont plus connus, plus secourus, grâce au développement et au perfectionnement de l'assistance publique. C'est là, comme le dit M. Parchappe, « un résultat, mais un résultat glorieux de la civilisation (2), » et ce qui le prouve, c'est que depuis quelques années, les asiles s'étant multipliés dans toutes les parties du pays, la proportion d'accroissement dans le nombre des alié-

(1) *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*, 1839 (*Ann. méd.-psych.*, 1853, p. 319).

(2) *Ann. méd.-psych.*, t. XVII, p. 34, séance du 29 novembre 1852 de la Société médico-psychologique.

nés tend à se restreindre ; c'est enfin que, d'après la statistique générale de France, il y a toujours dans une localité un rapport inverse entre le nombre des aliénés soignés à domicile et le nombre de ceux qui, confiés à des asiles, figurent seuls habituellement dans les relevés officiels. J'ai la conviction qu'un jour viendra où les secours étant partout également répandus, l'équilibre sera rétabli et le nombre des aliénés ne croîtra plus que dans des proportions insignifiantes.

Il reste incontestable que le nombre proportionnel des aliénés est plus considérable dans les grands centres de population que dans les petites villes et dans les campagnes ; mais la cause de cette augmentation est bien complexe encore : dans les grandes villes, les excès sensuels sont plus communs et plus faciles, et je ne voudrais pas nier d'une manière absolue leur influence, mais qui ne sait qu'un aliéné inoffensif, un imbécile, qui peuvent, à la rigueur, vivre longtemps dans une campagne avant qu'un accident grave ne vienne attirer sur eux l'attention, sont bien vite signalés dans une grande ville et viennent grossir le chiffre de ceux qui sont renfermés? Combien de vieillards en démence, combien de faibles d'esprit sont amenés à Paris et abandonnés par leurs familles aux soins de la charité publique ! Enfin, il ne faut pas oublier que les grands centres de population, les capitales où réside une autorité, un souverain, offrent pour tous les aliénés une attraction particulière ; les hallucinés, les monomaniaques, les paralytiques se mettent en route des points les plus reculés de la France et viennent uniformément s'adresser au guichet des Tuileries pour quelque grave communication. De là, ils arrivent à Bicêtre ou à la Salpêtrière et contribuent bien à tort à grossir les statistiques des aliénations mentales développées au milieu des villes.

Telles sont les considérations dont il faut tenir compte lorsqu'on veut se faire une idée exacte de cette question controversée.

Pour moi, je n'hésite pas à admettre que l'augmentation du nombre des aliénés avec les progrès de la civilisation est presque entièrement artificielle, qu'elle tient surtout aux progrès réalisés par l'assistance publique, et je ne doute pas, à l'exemple de M. Parchappe, que le résultat définitif d'une amélioration considérable de l'état social ne soit en définitive une diminution dans le nombre réel des aliénés.

2° *Idées religieuses*. — Les *idées religieuses* exagérées, coïncidant avec l'ignorance et la superstition, ont exercé de tout temps une notable influence sur le développement de la folie, et ont imprimé au délire un cachet particulier. A toutes les époques et dans toutes les religions cette influence a été constatée : les pénitences absurdes des Hindous qui n'hésitent pas à se brûler vifs, à se tenir debout dans la même position jusqu'à ce que la mort arrive par inanition, à se couvrir entièrement de bouse de vache, à la laisser sécher et à se brûler avec elle, ces pénitences, dis-je, peuvent être comparées sans peine aux extravagances des Jeckers, des Barkers et de tant d'autres sectes du protestantisme. Le délire et les convulsions des sibylles et des pythonisses, les danses convulsives et l'agitation maniaque des prêtres de Cybèle, s'éloignent peu des épidémies choréiques du moyen âge et de toutes les extravagances des démonomaniaques, des mystiques et des illuminés. L'idée religieuse, quels que soient sa forme et son point de départ, peut donc aider au développement de la folie, et on le comprend sans peine en songeant combien les moyens d'action qu'elle met en jeu peuvent remuer profondément les intelligences, surtout lorsqu'il s'agit d'individus prédisposés. Bien que de nos jours le zèle religieux soit plus éclairé, cet élément étiologique possède encore une importance qui étonne. Sans tenir compte des faits isolés de délire religieux qu'on rencontre en grand nombre, dans certaines contrées, il se passe à peine une année sans qu'on ne voie survenir, tantôt en Suède, tantôt en Bretagne, tantôt

en Savoie, quelque folie religieuse épidémique rappelant des faits d'un autre siècle par ses allures étranges et mystiques.

Il n'est pas sans intérêt de savoir laquelle des deux grandes divisions du christianisme qui se partagent le monde civilisé, du catholicisme ou du protestantisme, prédispose le plus à l'aliénation mentale. D'après Ellis (1), il y aurait parmi les catholiques moins d'aliénés par suite de préoccupations religieuses. Et en effet, la doctrine catholique n'admet point de discussions : elle est donnée aux croyants qui l'acceptent sans examen et sans que l'esprit ait à méditer sur des sujets souvent abstraits, douteux et insaisissables. En Angleterre, au contraire, en Amérique et dans toutes les contrées protestantes, les dogmes religieux sont un sujet de libre examen et de discussions incessantes ; les sectes se multiplient, la liberté de la controverse excite les passions et entraîne toutes les forces de l'esprit dans une voie souvent périlleuse.

Quoi qu'il en soit de cette opinion d'Ellis, la science manque de documents positifs pour la solution de cette question : un seul fait d'observation pratique doit être regardé comme acquis, c'est que chez les protestants, les préoccupations religieuses portent en général sur des questions de controverse théologique, tandis que chez les catholiques la crainte d'une confession incomplète, le remords d'une mauvaise communion et des scrupules de conscience sont les idées qui prédominent au milieu du délire religieux.

3° *Événements politiques.* — On a attribué aux *événements politiques* une grande influence sur le développement de la folie ; on a dit que chaque révolution, chaque bouleversement social, étaient signalés par un accroissement sensible dans le nombre des aliénés. Rien ne justifie ce préjugé pourtant si répandu. Les moments de révolution n'exaltent et ne conduisent à la folie que les individus déjà prédisposés et qui probable-

(1) *Loc. cit.*, p. 99.

ment seraient devenus aliénés à propos de toute autre cause ; la couleur du délire peut emprunter beaucoup aux idées politiques du jour, et c'est là sans doute ce qui a influé sur l'esprit des observateurs superficiels, mais en somme le nombre des aliénés n'augmente pas sensiblement pendant les périodes révolutionnaires. Pour le prouver, il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant, emprunté à la statistique générale des établissements d'aliénés, et qui résume l'état de la population des asiles de France de 1847 à 1854.

ANNÉES.	ALIÉNÉS.	ANNÉES.	ALIÉNÉS.
1847.....	19,023	1851.....	21,353
1848.....	19,570	1852.....	22,495
1849.....	20,231	1853.....	23,795
1850.....	20,061	1854.....	24,524

La même statistique, limitée aux aliénés du département de la Seine, donne les résultats suivants :

ANNÉES.	ALIÉNÉS.	ANNÉES.	ALIÉNÉS.
1847.....	2888	1851.....	2845
1848.....	2916	1852.....	3061
1849.....	2977	1853.....	3182
1850.....	2700	1854.....	3189

On voit que, tant dans les départements qu'à Paris où l'influence de nos révolutions s'est plus particulièrement fait sentir, les années même les plus agitées par les orages politiques n'ont nullement été signalées par une augmentation relativement plus considérable dans le nombre des cas de folie.

§ 2. — Causes prédisposantes individuelles.

1° *Hérédité.* — L'*hérédité* est une disposition en vertu de laquelle les parents transmettent à leurs enfants certains états ou certaines dispositions physiologiques ou pathologiques. De toutes les causes prédisposantes de la folie, l'hérédité est sans contredit la plus importante. Elle domine la pathogénie

des maladies mentales, et l'on peut dire avec certitude que, plus cette cause sera étudiée avec soin, plus on arrivera à étendre le cercle de son action.

Sans chercher à prouver son existence par des faits de toute sorte qu'il nous serait facile d'accumuler, étudions les modes si nombreux par lesquels elle se manifeste, et les conditions qui influent sur son degré de gravité.

L'hérédité peut provenir à la fois du père et de la mère, et celle-là est la plus grave. Un enfant né d'un père et d'une mère aliénés aura contre lui les chances les plus redoutables.

Lorsque l'hérédité provient d'un seul côté, soit du père, soit de la mère, il semble prouvé que l'hérédité du côté de la mère est plus dangereuse. Telle était l'opinion d'Esquirol, et M. Baillarger, à son tour, sur une statistique de 453 faits d'hérédité, a calculé que l'influence maternelle prédominait dans les deux tiers des cas ; 271 fois la folie provenait de la mère, et du père 182 fois. Le raisonnement semble d'ailleurs venir en aide à cette donnée statistique : « Les maladies de » la mère, dit Chomel (1), se transmettent peut-être encore » plus communément que celles du père, non-seulement » parce qu'il ne peut y avoir d'incertitude sur la maternité, » mais encore parce que la femme qui a une part égale à » celle de l'homme dans l'acte de la conception, fournit au » développement du fœtus pendant toute la durée de la vie » intra-utérine, et le nourrit encore de sa propre substance » pendant toute la durée de l'allaitement. Il est donc natu- » rel de croire que la mère a une plus grande part que le » père dans la constitution des enfants et dans leurs disposi- » tions morbifiques. Ajoutons enfin à l'appui de cette opi- » nion que dans le croisement des races d'animaux, l'in- » fluence inégale des deux sexes se montre manifestement. » Le mulet, issu de la jument et de l'âne, est incomparable-

(1) Chomel, *Path. générale*, p. 59.

» ment plus grand et plus fort que celui qui provient d'un » croisement inverse. »

Lorsqu'un individu né de parents actuellement sains d'esprit devient aliéné, il ne faut pas se hâter de déclarer que la folie est survenue en dehors de toute cause héréditaire. On peut, même alors, se demander si le malade n'a pas reçu des siens quelque prédisposition restée jusque-là chez eux à l'état latent, et ce qui le prouve, ce sont les cas encore assez nombreux où les parents tombent malades longtemps après leurs enfants, et où l'hérédité se manifeste en suivant un ordre rétrograde.

Au lieu d'être directe, l'hérédité peut être collatérale : ainsi pour beaucoup d'aliénés on ne retrouve de traces d'antécédents fâcheux que chez un cousin, un oncle, une tante. Dans d'autres cas, l'hérédité saute un degré, la maladie se transmet du grand-père au petit-fils en épargnant la génération intermédiaire. Quelquefois elle suit les sexes; on voit des familles dans lesquelles les femmes seules deviennent aliénées, tandis que les hommes conservent leur raison intacte. L'inverse a été observé. Enfin il y a parfois intermittence dans les enfants qui succombent à la transmission héréditaire : entre deux enfants qui sont frappés il en naît un qui reste indemne jusqu'à la fin de sa vie de toute atteinte de folie.

Telles sont les variétés bizarres que peut offrir la loi d'hérédité. Quant au degré d'énergie que présente cette influence étiologique, certaines conditions peuvent le faire varier. Plus dans une famille le nombre des aliénés est considérable, plus le degré de parenté avec les aliénés est rapproché, plus les chances défavorables sont nombreuses. Les enfants qui naissent avant que leurs parents aient été aliénés sont moins disposés à la folie que ceux qui naissent de parents ayant eu déjà un ou plusieurs accès; en tout cas, on admet généralement que le danger est d'autant plus grand que le moment de la naissance est plus voisin de l'époque de l'accès chez les

parents. Quant aux enfants qui proviennent de parents en état d'aliénation mentale, sans posséder sur ce sujet une statistique suffisamment étendue, je suis disposé à les regarder comme plus exposés que tous les autres. J'ai vu un certain nombre de grossesses survenir dans des ménages où le mari paralytique avait été conservé chez lui pendant plusieurs mois avant d'être isolé dans un asile ; or, les cinq sixièmes des enfants nés dans ces conditions sont chétifs, malingres et succombent en bas âge au milieu de convulsions. J'ai également rencontré parmi les nouveau-nés de femmes atteintes de folie puerpérale une mortalité plus grande que n'en indiquent les statistiques pour les enfants nés dans des conditions ordinaires.

Existe-t-il des signes particuliers auxquels on puisse reconnaître la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales ? Un père, une mère ou un ascendant quelconque ayant été atteints d'aliénation mentale, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de redouter pour les enfants la même maladie, et lorsqu'il existe plusieurs enfants lequel d'entre eux est le plus particulièrement prédisposé ?

A la suite de recherches précises et nombreuses sur ce point curieux d'étiologie, M. Moreau est arrivé à conclure (mais nous donnons cette conclusion sous toutes réserves) qu'il y a jusqu'à un certain point antagonisme entre la ressemblance des traits de la figure (1), l'hérédité de la physionomie et l'hérédité de l'organisation psycho-cérébrale, que tous les descendants qui présentent une ressemblance physique plus ou moins frappante avec ceux de leurs parents qui ont été atteints de folie, ont plus de chance de conserver l'intégrité de leurs fonctions cérébrales, en sorte qu'on peut jusqu'à un certain point et avec la chance de tomber juste 72 fois sur 100, reconnaître s'il y a lieu de craindre que les

(1) Moreau (de Tours), *Union médicale*, 1852.

enfants d'aliénés ne soient tôt ou tard frappés à leur tour, et quels sont ceux des enfants qui se trouvent plus particulièrement menacés du mal héréditaire.

L'affection héréditaire peut se transmettre soit d'une manière complète, soit d'une manière incomplète.

Il est rare qu'une maladie mentale se retrouve chez l'enfant exactement avec les mêmes formes, les mêmes nuances qu'elle présentait chez les parents. Il existe toutefois dans la science certains faits pleins d'intérêt qui démontrent que cette transmission peut être aussi parfaite que possible. Une dame est aliénée à vingt-cinq ans, après une couche; sa fille devient folle à vingt-cinq ans et à la suite de couches. Dans une famille, le père, le fils et le petit-fils se sont suicidés vers la cinquantième année de leur vie. Un monsieur frappé des premiers événements de la révolution est resté pendant dix ans renfermé dans son appartement; sa fille, vers le même âge, tombe dans le même état et refuse de quitter son appartement (1). A tous ces faits M. Moreau en a joint d'autres non moins curieux. J'ai connu, dit-il, à Charenton, deux sœurs atteintes d'une monomanie qui datait déjà de plusieurs années. Quelque bizarres, quelque variées que fussent les nuances, leur délire s'accordait en tout point. Ces demoiselles se persuadaient qu'on influençait leurs pensées et leurs actions au moyen de l'électricité. Toutes les deux étaient en relation avec des génies invisibles habitants de l'air. Elles appelaient du même nom, M. Duplafon, le plus puissant de tous, qu'elles consultaient sur tout ce qu'elles devaient faire. J'ai connu moi-même deux frères jumeaux d'une grande ressemblance, cités par le même auteur, qui, renfermés à Bicêtre pour des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution tout à fait identiques, vivant isolés, ne communi-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. I, p. 66.

quant jamais entre eux, offraient la même attitude, s'agitaient et tombaient en stupeur aux mêmes époques, et cela même lorsqu'ils étaient séparés par plusieurs kilomètres de distance, l'un habitant Bicêtre, l'autre la ferme Sainte-Anne.

Ces cas représentent pour ainsi dire le type le plus parfait de l'hérédité, mais en somme ils sont assez rares : toutes les formes de la folie, manie, mélancolie, délire partiel, s'engendrent réciproquement et d'une manière indistincte. La paralysie générale elle-même qui, par ses symptômes, ses lésions anatomiques spéciales, diffère si notablement des névroses pures de l'intelligence, se retrouve chez les ascendants ou les descendants d'aliénés avec une fréquence qui prouve de la manière la plus péremptoire qu'elle n'est qu'un rameau détaché de la même famille pathologique. Il ne faut pas croire non plus que la folie confirmée puisse seule avoir quelque valeur comme antécédent héréditaire. Depuis longtemps M. Moreau a insisté sur ces bizarreries intellectuelles, sur ces excentricités, sur ces appréciations fausses et erronées, sur ces allures défiantes, mobiles, insaisissables qui forment le triste apanage de certains parents d'aliénés. Ils nient les faits les plus évidents, les jugent de travers et s'ingénient à trouver des explications pour les actes les plus déraisonnables. Ce n'est pas encore là de la folie, mais il y a déjà un état anormal de l'intelligence, qui sert de transition vers une lésion plus grave et offre un grand danger au point de vue de la transmission. Tantôt ces états intellectuels anormaux donnent naissance à la folie chez les descendants, tantôt, au contraire, ils sont le retentissement éloigné de la folie des ascendants.

Enfin, sans vouloir adopter de tous points la pensée qui a présidé au livre de M. Moreau (1), et sans ranger le génie parmi les causes héréditaires de la folie, ne devons-nous pas voir avec étonnement cette coexistence si fréquente dans

(1) Moreau, *Psychologie morbide*, p. 493.

une même famille d'un aliéné et d'un homme de génie, et n'est il pas saisissant d'observer si fréquemment chez des hommes remarquables par des qualités intellectuelles extraordinaires, des anomalies nerveuses de toute sorte, comme si, en définitive, les troubles cérébraux, chez les grands hommes, depuis les simples névroses jusqu'aux perturbations morales les plus graves, loin d'être un accident, étaient des effets naturels, sinon nécessaires, de leur organisation? Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur ce point, les faits accumulés par l'auteur et confirmés chaque jour par la pratique font réfléchir les plus incrédules.

En établissant que tous les degrés, toutes les formes de la folie peuvent indistinctement naître les uns des autres, avons-nous fait à l'hérédité une assez large part? Le médecin qui voit beaucoup d'affections nerveuses s'aperçoit bien vite que ce champ d'action déjà si vaste doit être encore élargi, et que toutes les névroses, quelle que soit leur nature, ne constituent pour ainsi dire qu'une seule et même famille; car à chaque instant la pratique nous démontre qu'elles se retrouvent, mais sous une autre forme, à la génération suivante. Parmi les ascendants, les collatéraux ou les descendants des aliénés se rencontrent un grand nombre de sujets atteints d'épilepsie, de chorée, d'hystérie, ou bien offrant une aptitude particulière aux affections convulsives et névralgiques, aux maladies congestives et apoplectiformes des centres nerveux, à la cécité, à l'amaurose. Bien plus, lorsque à cette influence héréditaire il vient se joindre d'autres causes accidentelles, comme l'alcoolisme, de mauvaises conditions d'aération, de nourriture, d'hygiène, l'espèce aboutit (et M. Morel a surtout insisté sur ce point) soit à la stérilité, soit à la procréation d'individus offrant à un degré plus ou moins marqué un caractère de dégénérescence, c'est-à-dire dans l'ordre intellectuel un affaissement ou une déviation des facultés mentales, et comme dernier terme l'imbécillité et

l'idiotie ; dans l'ordre physique, des arrêts de développement et des lésions du système nerveux remontant à la vie intra-utérine, strabisme, cécité, surdi-mutité, pieds bots, bec-de-lièvre, doigts palmés, tics nerveux de toute sorte.

Enfin, certains auteurs, étendant jusqu'à ses dernières limites le cercle de l'influence héréditaire, ont rangé parmi les causes de la folie, non-seulement la folie et les névroses, mais encore la plupart des maladies constitutionnelles susceptibles de se transmettre par voie de génération, ainsi la scrofule, la diathèse tuberculeuse, le rachitisme, les dartres; toutes ces dispositions sans aucun doute débilitent l'économie et la rendent plus apte à contracter toute espèce d'affection, mais regarder toutes les maladies héréditaires comme susceptibles de se transformer les unes dans les autres, c'est donner à l'observation un champ tellement étendu que toute démonstration rigoureuse devient impossible et qu'on risque fort, en suivant cette voie, de tomber dans le domaine de l'hypothèse. Aussi, tout en admettant que les névroses de toute sorte ont, au point de vue qui nous occupe, une influence au moins égale à celle de la folie, nous n'hésitons pas à rejeter, faute de preuves suffisantes, l'action étiologique directe des autres maladies constitutionnelles.

Ces limites variables assignées par chaque auteur au champ de l'hérédité ont influé sans aucun doute sur les chiffres si différents qui ont été donnés pour indiquer sa fréquence. Esquirol a trouvé dans son établissement privé 140 fois l'hérédité sur 265 malades, soit 0,45; M. Parchappe estime l'hérédité à 15 pour 100, et Guislain l'évalue au quart des entrées, soit 56 fois sur 224, il pense toutefois que ce chiffre pourrait monter plus haut. Sur 56 malades atteints de folie puerpérale, j'en ai rencontré 24 offrant, soit chez leurs ascendants directs, soit chez leurs collatéraux, des cas d'aliénation mentale confirmée.

Il est d'abord un point incontestable, c'est que dans la

clientèle privée où les renseignements sont plus complets, plus faciles à obtenir, on arrive constamment à un chiffre d'antécédents héréditaires plus complet que dans la clientèle des hôpitaux. Mais si, par une investigation minutieuse et persistante, on recherche autour du malade non-seulement les cas d'aliénation mentale, mais encore les faits de chorée, d'hystérie, d'épilepsie, d'affections névropathiques, je n'hésite pas à déclarer que dans les neuf dixièmes des cas on arrivera à découvrir des antécédents héréditaires d'une grande valeur.

A côté des influences héréditaires proprement dites, il existe deux causes de folie qui peuvent légitimement en être rapprochées et qui méritent une mention spéciale, je veux parler des *habitudes alcooliques* chez les parents et des *mariages consanguins*.

Les *habitudes alcooliques* des parents créent chez les enfants une aptitude spéciale aux maladies mentales et aux lésions des centres nerveux. Sur 56 idiots ou imbéciles, M. Moreau a trouvé 12 fois des habitudes d'ivrognerie chez les parents. J'ai pu constater, dit Guislain (1), l'origine de toute une génération d'aliénés, composée de différents frères et sœurs, tous issus d'une mère qui avait fait une consommation si considérable de liqueurs fortes, que pendant toute une série d'années elle se trouvait dans un état d'ivresse complète. Jamais cette femme n'avait été aliénée, son mari ne l'avait pas été, pas plus qu'aucun membre de leur famille, de manière que toute une descendance d'aliénés était directement le résultat de cette union. J'ai constaté à Bicêtre un grand nombre de faits semblables. Outre cette influence de l'alcoolisme chronique, certains auteurs ont signalé l'action funeste exercée par l'état d'ivresse de la mère et surtout

(1) *Leçons sur les phrénopathies*, t. II, p. 92.

du père au moment de la conception : des confidences précises les ont mis à même d'affirmer que beaucoup d'idiots et d'imbéciles étaient nés dans des conditions de ce genre : plus tard, à propos de l'alcoolisme, nous aurons à revenir sur tous ces faits.

Les *mariages consanguins* exercent sur leurs produits, tant dans l'espèce humaine que dans l'espèce animale, une influence déplorable au point de vue des dégénérescences de la race (1). Quand ils ne se terminent pas par la stérilité, ils donnent presque toujours naissance à des enfants entachés de vices organiques graves, surdi-mutité (2), polydactylie, albinisme, hydrocéphalie, scrofule, rachitisme ; de plus, les grossesses sont rares ; peu d'entre elles arrivent à terme, et les fœtus offrent souvent des monstruosités incompatibles avec la vie : l'idiotie, l'imbécillité, l'aliénation mentale sont encore une des conséquences les plus funestes de ces unions réprouvées par la loi civile et la loi religieuse. Les mariages consanguins sont d'autant plus redoutables que les deux branches qui s'unissent entre elles offrent déjà des parents aliénés, car alors les prédispositions héréditaires fâcheuses se prêtent un mutuel appui : si une première alliance entre parents épargne, à la rigueur, les enfants qui en naissent, il n'en est plus de même lorsque ces alliances se continuent dans les mêmes conditions pendant plusieurs générations successives, soit par suite de l'isolement et de la difficulté des relations, comme pour certaines populations perdues au milieu des montagnes et dont tous les membres se marient entre eux, soit en raison de préjugés de race, comme dans quelques aristocraties. C'est à des alliances con-

(1) Francis Devay, *Du danger des mariages consanguins, au point de vue sanitaire*, 1857. — Voy. aussi Boudin, *Danger des unions consanguines et nécessités des croisements dans l'espèce humaine et parmi les animaux* (*Annales d'hygiène*, 1862, t. XVIII, p. 1 et suiv.).

(2) Menière, *Gazette médicale*, 1846, p. 225.

sanguines multipliées qu'Esquirol attribuait l'abâtardissement de la race et la fréquence de la folie dans l'aristocratie espagnole et française à la fin du dernier siècle.

Les unions disproportionnées, d'une jeune fille et d'un vieillard, d'un jeune homme et d'une femme déjà âgée, de deux vieillards ou de deux jeunes gens incomplétement développés, donnent des résultats tout aussi déplorables. On a remarqué dans les campagnes qu'il naissait beaucoup d'idiots de l'union de ces femmes qui, après avoir passé comme domestiques dans les villes les années de jeunesse, retournent dans leurs villages et se marient à des jeunes gens séduits par les économies qu'elles ont lentement amassées.

Nous reviendrons bien souvent sur cette grave question de l'hérédité, qui a du moins, malgré sa pernicieuse influence, l'immense avantage d'avoir une prophylaxie. Consulté à chaque instant sur l'opportunité de certains mariages, le médecin ne devra perdre de vue aucun des faits que nous venons d'indiquer. Si la plupart des aliénés ont autour d'eux un vice héréditaire, sans aucun doute la proposition inverse n'est pas réelle, et tous ceux qui naissent de parents aliénés ne sont pas fatalement voués à la folie. Mais les lois de l'hérédité sont si mobiles et si imprévues, une maladie comme la folie jette dans les intérêts moraux d'une famille tant de perturbation, qu'il faut tout dire sans arrière-pensée, et ne laisser ignorer à ceux qui nous interrogent aucun des dangers qu'ils auront à affronter.

2° *Age.* — A part l'idiotie et l'imbécillité, la folie est rare avant la puberté. De vingt à trente ans elle devient plus fréquente, de trente à quarante ans le nombre des aliénés est très considérable. Cette dernière période, qui est celle de l'émancipation domestique et des préoccupations de famille, est la plus dangereuse pour l'homme d'après les calculs de M. Parchappe, tandis que la femme serait surtout exposée à la folie vers l'âge critique, entre quarante et cinquante ans.

Au delà de cinquante ans les cas d'aliénation mentale deviennent moins fréquents et font place à des affections organiques des centres nerveux amenant avec elles un affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles.

L'âge n'est pas non plus sans influence sur la forme de maladie mentale. La manie est surtout fréquente de vingt à trente ans; au delà de trente ans, la paralysie générale se substitue trop souvent à l'excitation maniaque pure; les femmes à l'âge de retour sont exposées à la mélancolie, et à partir de soixante ans toutes les formes de folie se compliquent facilement de démence. En traitant de la pathologie spéciale nous aurons à insister avec détail sur tous ces faits que nous ne faisons qu'indiquer rapidement.

Quant aux vésanies du jeune âge, elles doivent être considérées comme assez rares.

Pinel, sur cent onze malades, n'en trouva que quatre au-dessous de vingt ans (1). Esquirol a donné des soins à trois enfants, l'un de huit ans, l'autre de neuf ans, et à une jeune demoiselle de quatorze ans, tous les trois maniaques; il a été également consulté pour un mélancolique âgé de onze ans. MM. Aubanel et Thore ont noté pour l'année 1839 à Bicêtre, huit cas de manie et un cas de mélancolie chez des enfants âgés de onze à dix-huit ans. M. le Paulmier, dans sa thèse (2), donne les chiffres suivants pour trois années d'admission à Bicêtre :

Adultes au-dessus de 18 ans.....	1714
Enfants au-dessous —	17

Les vésanies des enfants consistent le plus souvent en de l'excitation maniaque, quelquefois simple et quelquefois com-

(1) Pinel, *ouv. cité*, p. 456.

(2) *Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie.* 1856, p. 9.

pliquée de chorée ou d'épilepsie, et caractérisée par une activité infatigable et malfaisante, qui transforme en sujets ingouvernables des êtres débiles et par leur âge et par leur constitution.

La mélancolie, les hallucinations, bien qu'il en existe quelques exemples, sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants que la manie et n'offrent d'ailleurs rien de spécial; il n'en est pas de même de certains faits de monomanie instinctive qui étonnent par la manifestation précoce d'impulsions maladives réservées d'ordinaire à un âge plus avancé. Esquirol (1) a rapporté avec détail l'observation très intéressante d'une jeune fille de sept ans et demi possédée du désir fixe de tuer sa belle-mère et l'exprimant avec un sang-froid et un cynisme d'expression tout à fait remarquables. Marc (2) a cité un grand nombre de faits de pyromanie observés chez des enfants de neuf à seize ans. Enfin les aliénistes observent chaque jour des cas de suicide qui se sont produits chez de très jeunes enfants à propos des causes les plus futiles. Dans son ouvrage sur l'hypochondrie et le suicide, M. Falret (3) donne l'observation d'un enfant de douze ans qui se pendit de désespoir de n'avoir été que le douzième à une composition où il espérait un meilleur rang. Un petit garçon de cinq ans, le fils d'un vitrier, se précipita dans l'Elbe, à Magdebourg, à cause des mauvais traitements dont sa mère l'accablait (4). M. Durand-Fardel (5) a constaté qu'en France, pendant une période de dix années (1835-1844), sur un chiffre de 25 760 suicides, 192 cas ont

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 115.

(2) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, t. II, p. 354.

(3) Falret, *De l'hypochondrie et du suicide*, p. 14.

(4) *Ann. méd.-psych*, octobre 1854, p. 675.

(5) Durand-Fardel, *Études sur le suicide chez les enfants* (*Ann. méd.-psych.*, 1855, p. 61); et Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*. Paris, 1856.

eu lieu avant seize ans. Dans vingt observations qu'il a recueillies, l'âge se distribue ainsi :

1	avant	5	ans.
2	—	9	—
2	—	10	—
6	—	12	—
7	—	13	—
2	—	14	—

En lisant avec soin toutes ces observations, on voit que le plus souvent les actes de suicide se produisent chez les enfants d'une manière rapide, instantanée, sous l'influence d'une vive impression et sans que le raisonnement intervienne; les sujets ne peuvent comprendre la gravité d'un pareil acte, et ne sont nullement effrayés par l'idée de la mort qui, pour eux, est confuse et dont jamais ils ne se sont préoccupés. Quelquefois, au contraire, le suicide a lieu par une véritable impulsion irrésistible, sans qu'il y ait eu prétexte à une contrariété, à une émotion pénible. Pris dans leur ensemble, ces faits ne peuvent pas être indistinctement regardés comme le signe d'une folie confirmée; on ne peut s'empêcher toutefois de les considérer comme le résultat d'une intelligence anormale, résultat d'autant plus significatif que les sujets avaient pour la plupart des antécédents héréditaires suspects.

Enfin l'enfance n'est pas soustraite à ces phénomènes nerveux qui se transmettent par imitation et se développent sur une vaste échelle, de manière à prendre le cachet de l'épidémie nerveuse. Du x^e^ au xiii^e^ siècle, on voit en France et en Allemagne des rassemblements d'enfants qui, au nombre de 20 000 et même de 30 000, en proie à une surexcitation religieuse maladive, quittent leur pays et leur famille pour faire le pèlerinage de la terre sainte. En 1609, dans le pays de Labourd, où régna une épidémie de démonolâtrie, les enfants furent atteints, comme les adultes, d'hallucinations

et de transports extatiques. Pendant les guerres des Cévennes on vit jusqu'à 7000 ou 8000 enfants réunis et prophétisant avec la plus grande exaltation. Les faits analogues abondent dans le livre de M. Calmeil, où l'on trouve l'histoire de ces singulières névroses si bien faites pour causer l'étonnement par leur bizarrerie et leur multiplicité.

3° *Sexe.* — Il est assez difficile de préciser l'influence du sexe comme cause prédisposante de la folie. Dans les recherches ayant pour but d'élucider cette question, ce ne sont pas, dit M. Parchappe, les chiffres exprimant la population des asiles qu'il faut consulter, mais les chiffres exprimant les admissions annuelles pendant une période de temps déterminé (1), et en effet, personne n'ignore que la fréquence plus grande de la paralysie générale chez les hommes augmente le chiffre de la mortalité, renouvelle plus vite la population des asiles qui leur sont consacrés et donne un plus grand nombre d'admissions pour un chiffre donné de population.

De 1830 à 1840 il est entré dans les deux hospices de Gand, 484 hommes et 576 femmes (2).

De 1827 à 1843, Saint-Yon a reçu 1475 hommes et 1334 femmes.

Sur 67 876 aliénés reçus dans divers établissements anglais, suivant les tableaux dressés par une commission d'inspecteurs, les hommes fournissent un chiffre de 53 pour 100 et les femmes de 47 pour 100.

Dans le département de la Seine, depuis 1801 jusqu'en 1858, le chiffre des admissions indique chaque année un nombre d'entrées plus élevé pour les femmes que pour les hommes, sauf toutefois pour 1843 où il y eut égalité presque parfaite ; il entra en effet 668 hommes à Bicêtre et 667 femmes

(1) *Notice statistique sur les aliénés de la Seine-Inférieure*, par MM. Parchappe et Debouteville.

(2) Guislain, *ouv. cité.*

à la Salpêtrière. De 1844 à 1853, pendant une période de dix années, il y a eu pour les hommes 6353 admissions et 6823 pour les femmes. En 1859, au contraire, le nombre des hommes a été de 977, tandis que celui des femmes n'a été que de 646 (1).

Enfin, dans la période de 1842 à 1854 inclusivement, on trouve que la population de tous les asiles de France est répartie de la manière suivante : 9314 hommes et 10 177 femmes; ce qui donne une proportion de 109 femmes aliénées contre 100 hommes aliénés. Or, dans la population saine la proportion est de 102 femmes pour 100 hommes.

Ces données de la statistique ne sont pas assez absolues pour permettre d'établir, en notre pays du moins, une règle absolue relativement à l'influence du sexe comme cause prédisposante de la folie. Ce qui semble le plus probable après l'examen comparatif d'un grand nombre de documents, c'est que dans les contrées où la femme vit à l'écart, a peu d'instruction, se concentre dans les détails de l'intérieur et ignore les secrets et les affaires de son mari, elle offre moins de prédisposition aux maladies mentales; dans les pays, au contraire, où la femme est l'égale de l'homme, où elle prend sa part de la culture intellectuelle, des préoccupations d'affaires et de famille, elle est plus disposée à la folie, et cela autant à cause de son organisation plus nerveuse et plus impressionnable, qu'à cause des conditions physiologiques, comme la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, qui tendent à affaiblir sa santé et à accroître son émotivité. Ces influences contre-balanceraient et au delà les résultats de la débauche, des excès alcooliques qui exercent leurs ravages sur l'homme dans des proportions plus considérables.

Plus tard, nous aurons occasion de rappeler que le sexe n'est pas sans influence sur la forme de folie, et que chez

(1) *Rapport* de M. Husson, directeur général de l'assistance publique, 1859.

l'homme la paralysie générale est infiniment plus commune.

4° *Climat.* — Le manque de statistiques comparatives rigoureuses ne permet pas de décider si la folie est plus fréquente dans les *climats* septentrionaux, dans le midi ou dans les climats tempérés. Ce que l'on peut toutefois affirmer, c'est que le printemps, les chaleurs excessives et orageuses, les froids intenses et secs, les brusques changements de température, amènent une notable recrudescence dans l'agitation des malades. L'automne, au contraire, est une époque de calme et de détente qui voit se produire un assez grand nombre de guérisons et de rémittences. En consultant les statistiques des asiles de la Seine pour 1859 et 1860, je trouve que le chiffre moyen des admissions est notablement plus considérable pendant le semestre de mars à septembre que pendant l'autre moitié de l'année, et ce résultat est conforme à ce que la plupart des médecins ont observé.

5° *État civil.* — Le célibat exerce une influence positive sur le développement de la folie; il favorise dans les deux sexes la débauche, la vie irrégulière, et laisse les individus sans appui moral au milieu de la société. Guislain a insisté sur cette cause en faisant remarquer que l'influence du célibat se fait sentir plus fortement chez les femmes que chez les hommes, tandis que l'homme supporte moins bien le veuvage que la femme. La statistique des aliénés de France, pendant une série de dix années, donne pour les célibataires la proportion de 61,80 sur 100, tandis que dans la population saine d'esprit, en ne comprenant que les sujets au-dessus de quinze ans, la proportion des célibataires n'est que de 36,74 sur 100, différence qui frappe au premier coup d'œil.

6° *Professions.* — On a dressé de nombreux tableaux dans lesquels se trouvent indiqués les chiffres proportionnels des professions chez les aliénés : tous ces tableaux aboutissent

à des résultats différents selon les contrées où ils ont été dressés, et selon la nature du travail des populations, aussi ne permettent-ils aucune conclusion solidement établie; on a dit, et c'est là une opinion que l'on répète volontiers dans le monde, que les médecins, les surveillants, les gens de service qui, par profession, se trouvent en contact perpétuel avec les aliénés, deviennent plus aptes que d'autres à contracter cette maladie. Il est incontestable que pour des gens nerveux et impressionnables et surtout pour des gens prédisposés, la vie en commun avec les aliénés est une chose fâcheuse et qu'il faut savoir éviter; il est incontestable encore qu'on a vu chez des gens de service placés près de malades très agités des accidents survenir à la suite d'insomnies et de fatigues excessives; mais ce sont là des faits accidentels que l'on a généralisés, sans savoir qu'ils sont en opposition avec l'observation de chaque jour.

7° *Éducation.* — L'influence de l'éducation ne doit pas être exagérée : il existe des natures qui portent en elles un germe héréditaire pour ainsi dire fatal, et dont le développement ne peut être évité, quelles que soient les précautions dont on entoure leur jeunesse. Mais j'ai vu nombre de cas où le point de départ des troubles intellectuels pouvait être raisonnablement attribué à la direction vicieuse imprimée à l'esprit. En gâtant les enfants, en allant au-devant de tous leurs caprices, en donnant un libre cours à leurs passions et à leurs fantaisies, on développe en eux une excitabilité nerveuse, une mobilité de désirs et de volontés qui les rend incapables de supporter la contrariété la plus légère et les fait succomber au premier choc dès qu'ils entrent dans la vie. Il en est de même de ces éducations hâtives et précoces qui usent bien vite l'intelligence, de ces éducations prétentieuses et insuffisantes qui déclassent un individu et développent chez lui une ambition sans fondement solide et le mènent souvent à la folie, à travers mille péripéties morales.

ARTICLE II.

CAUSES OCCASIONNELLES.

Une observation superficielle tend singulièrement à exagérer l'action des causes occasionnelles ou déterminantes de la folie, mais n'oublions pas que dans l'appréciation des influences étiologiques, on ne doit jamais leur assigner qu'un rang secondaire. Les causes occasionnelles agissent sur tant d'individus, et le nombre de ceux qui succombent est relativement si peu considérable, qu'il faut de toute nécessité admettre une influence supérieure qui domine toute l'étiologie, et cette influence, c'est la prédisposition, résultat sommaire de toutes les causes que nous avons précédemment énumérées, et surtout de l'hérédité.

Les causes déterminantes de la folie se divisent : 1° en causes morales; 2° en causes physiques.

§ 1. — Causes morales.

Les recherches de Pinel, Esquirol, Hebreard, Georget ont établi la prédominance des causes morales de la folie, et M. Parchappe, revenant sur ce sujet (1), en a donné une démonstration rigoureuse : sur 1000 cas de folie, cet auteur a rencontré 664 fois l'existence de causes morales et 335 fois seulement l'existence d'autres causes. Guislain (2) a rencontré une proportion analogue, c'est-à-dire 66 fois sur 100. Les causes morales sont plus actives chez la femme que chez l'homme; chez elle, on les rencontre 71 fois sur 100, tandis que l'homme présente seulement la proportion de 55 pour 100.

Si M. Moreau de Jonnès (3) est arrivé à établir un résultat

(1) *Annales méd.-psych.*, 1839 et 1843, p. 358.
(2) *Leçons sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. II, p. 41.
(3) *Acad. des sciences*, 10 juillet 1843.

opposé et à admettre la prédominance des causes physiques, c'est uniquement, ainsi que l'a démontré M. Parchappe, en appelant à son aide des faits erronés, et surtout en considérant comme cause organique de la folie l'idiotie qui est une défectuosité congénitale de l'organisation et qui constitue une maladie tout à fait à part.

1° Les *passions* et les *émotions* qui résument en définitive toutes les causes morales de la folie, offrent des variétés innombrables, et il serait ici facile d'accumuler des observations et des faits de toute sorte pour attester leur énergique influence : répétons toutefois que dans l'appréciation de leur mode d'action, il faut avant tout faire la part de l'émotivité des sujets. Tel individu supporte avec fermeté et sans en être ébranlé les émotions les plus pénibles et les plus répétées ; tel autre ne saura pas résister à un revers de fortune, à une déception d'amour-propre peu grave par elle-même, mais atteignant bien vite des proportions considérables en raison même de l'impressionnabilité des sujets.

Fugitives et mobiles chez l'enfant, quoique assez vives, peu accentuées chez le vieillard dont la sensibilité est émoussée, les émotions morales et les passions atteignent chez l'adulte leur plus haut degré d'énergie et de profondeur. Elles agissent tantôt en surexcitant outre mesure l'activité nerveuse intellectuelle, comme dans la joie, la colère, la haine ; tantôt, au contraire, en la déprimant : l'observation démontre que les passions dépressives ont une action bien plus puissante que les passions gaies, et Esquirol avait déjà remarqué que souvent l'on s'était trompé en attribuant à la joie certains cas de folie : un ministre apprend à son parent sa nomination à une place importante ; celui-ci, frappé comme d'un coup de massue à l'épigastre, tombe tout à coup dans une lypémanie hypochondriaque ; la joie n'était pour rien dans cette maladie, comme tout le monde le croyait, mais bien le désespoir de quitter

une maîtresse. Un jeune homme gagne à la loterie; quelques jours après il est frappé de folie; on répand que la joie lui a tourné la tête; ce n'était pas la joie, mais la crainte d'être volé et de perdre son trésor (1). Une jeune fille, dit Guislain, fut atteinte de manie le jour de ses fiançailles. Toute sa famille accusa un excès d'amour, tandis que j'appris que sa maladie n'avait été occasionnée que par la douleur qu'elle éprouvait de devenir la femme d'un homme pour lequel elle n'avait aucune affection (2).

Les passions tristes agissent ou brusquement, comme peut le faire une émotion violente, une vive terreur, un attentat à la pudeur, la nouvelle subite de la perte d'une personne aimée; ou lentement et par suite d'une dépression morale qui se prolonge pendant des mois et des années entières. Dans les deux cas, l'action qu'elles exercent sur le système nerveux se traduit par des symptômes physiques bien nettement appréciables. On a vu une émotion morale violente et subite déterminer une commotion épigastrique foudroyante avec disparition du pouls, pâleur du visage, refroidissement des extrémités : la mort immédiate a même pu être la conséquence d'un ébranlement aussi profond. Quant aux préoccupations incessantes, aux chagrins prolongés, ils amènent à la longue de l'insomnie, de la perte d'appétit, de la langueur dans les fonctions digestives, de l'anxiété respiratoire, et un affaiblissement général de l'économie qui tend encore à aggraver l'état d'éréthisme du système nerveux, et à accélérer la formation des premières idées délirantes. C'est ainsi qu'agissent les chagrins domestiques qu'Esquirol regardait comme une des sources les plus fécondes de folie, et qui peuvent être variés à l'infini dans leur point de départ. Ici c'est une femme maltraitée et trompée

(1) *Des maladies mentales*, t. I, p. 59.
(2) Tome II, p. 52.

par son mari, là un mari qui souffre des désordres de sa femme; c'est un enfant dont la conduite répréhensible détruit tous les projets d'avenir formés pour lui, un père qui dissipe toute sa fortune, des dissentiments de famille amenant des séparations douloureuses, l'absence de travail pour l'avenir, des revers de fortune, un changement imprévu dans la position, la perte de personnes aimées.

L'amour contrarié a souvent déterminé des troubles intellectuels, et l'observation démontre toute la gravité étiologique de cette passion malheureuse que tant de moralistes et de poëtes ont décrite à l'envi. La jalousie qui ne laisse à sa victime ni repos ni trève et s'accompagne si souvent d'appréciations erronées; les blessures de l'amour-propre, de l'ambition déçue; les remords d'une faute tenue cachée aux yeux de tous; l'habitude de l'isolement, conduisent souvent aux vésanies. La misère dont on a signalé l'influence agit à la fois par les privations physiques qui l'accompagnent et par les préoccupations qui en sont la conséquence. Quant aux excès de travaux intellectuels que M. Parchappe a notés sept fois seulement sur plus de mille malades, presque toujours ils sont associés à d'autres causes et surtout à de mauvaises conditions hygiéniques ou à une organisation intellectuelle défectueuse.

Déjà nous avons étudié l'influence des idées religieuses envisagées d'une manière générale : certaines pratiques, certaines émotions qui s'y rattachent peuvent en outre devenir cause occasionnelle de folie. C'est ainsi qu'on a vu le délire éclater à la suite de confessions mal dirigées, de sermons sur les peines de l'enfer dans lesquels l'orateur avait cru devoir frapper l'esprit à l'aide de descriptions extravagantes et colorées à plaisir, de jeûnes et privations poussés au delà des limites de la prudence.

2° *Imitation.* — A côté de ces émotions morales si variées par leur point de départ, nous devons signaler l'imitation

étudiée par M. Jolly dans un travail rempli d'aperçus ingénieux (1). Il est incontestable que la vue ou le récit de névroses extraordinaires peut exercer une influence fâcheuse sur certains sujets impressionnables, et je n'en citerai pour preuve que la propagation par voisinage de certaines affections mentales ou convulsives qui revêtent le caractère épidémique. Sur une échelle plus restreinte, on a vu la narration des actes délirants commis par certains aliénés, frapper vivement l'imagination de quelques sujets qui, à partir de ce moment, deviennent en proie à un délire analogue. C'est ainsi que, peu après le meurtre commis sur un enfant en 1825 par la fille Cornier dont le procès eut un grand retentissement et qui agit évidemment sous l'influence d'une impulsion maladive irrésistible, on vit se développer chez plusieurs femmes, vivement frappées de cette étrange affaire, des impulsions homicides tout à fait semblables, dont Esquirol et Marc ont rapporté des exemples. Pour mon compte, j'ai la conviction intime que les récits détaillés de suicides à l'aide desquels les journaux quotidiens alimentent la curiosité publique ne sont pas sans influence sur le nombre toujours croissant des faits de cette nature. Quant aux observations dans lesquelles on voit plusieurs personnes d'une même famille devenir simultanément aliénées par leur contact réciproque, il faut invoquer, pour les expliquer, non-seulement l'imitation, mais encore l'hérédité.

3° *Emprisonnement cellulaire.* — Il est une dernière cause de l'ordre moral sur laquelle l'attention a été vivement fixée pendant quelques années, je veux parler de l'isolement cellulaire appliqué aux prisonniers et du genre de vie tout spécial qu'il comporte.

Lors de l'introduction en France du système pénitentiaire américain qui a pour base l'isolement cellulaire, les hommes

(1) *De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1846, t. XII, p. 581.)

spéciaux se sont émus de l'influence que ce mode de réclusion devait exercer sur l'état mental des détenus. On a incriminé non-seulement le système de Philadelphie qui admet l'isolement de nuit et de jour, mais encore le système d'Auburn, le plus généralement appliqué en France, où l'isolement n'a lieu que la nuit, les heures du jour étant consacrées au travail et à des promenades en commun, mais avec silence. On a mis en avant le grand nombre de maladies mentales que la statistique constatait dans les pénitenciers de Lausanne et de Philadelphie organisés sur le principe de l'isolement cellulaire, et on a dit que ce genre d'existence favorisait le développement de la folie. Mais des recherches comparatives faites dans diverses maisons de détention amenèrent bien vite à ce résultat que dans toutes les prisons, quel que fût leur principe d'organisation, le nombre des aliénés était beaucoup plus considérable que dans la vie libre. M. Coindet, à Genève, sur 329 détenus, a trouvé quinze cas d'aliénation mentale. M. Lélut, dans la prison du dépôt des condamnés, a rencontré une proportion de 7 à 8 aliénés pour 1000 détenus; et dans une enquête faite dans toute la France, au 1er avril 1844, il a été constaté que sur 18 845 prisonniers il existait 359 aliénés, ce qui fait à peu près 20 pour 1000. De même M. Sauze (1), sur 2400 prisonniers, a trouvé 44 individus offrant des désordres intellectuels. Or, tous ces chiffres donnent une proportion d'aliénés infiniment supérieure à ce qu'on observe dans la population libre qui offre en moyenne 1 aliéné sur 1000 habitants.

Ainsi, le nombre considérable d'aliénés qui a été trouvé dans les pénitenciers cellulaires de Lausanne, de Philadelphie et dont on a fait grand bruit, ne tient nullement au mode de réclusion mis en usage. Dès que l'attention a été éveillée sur ce point on a retrouvé une proportion d'aliénés tout aussi

(1) Sauze, *Études médico-psychologiques sur la folie. Recherches sur la folie pénitentiaire*, p. 187.

considérable dans les autres maisons de détention, quel que fût leur système, et comme le dit M. Lélut (1), la fréquence plus grande de la folie, dans une population criminelle et condamnée, est un fait désormais acquis à la science comme à la loi.

Faut-il en conclure que l'emprisonnement par lui-même contribue singulièrement à développer la folie ? On serait tenté de le faire après un examen superficiel des résultats que nous venons d'indiquer, mais tous les hommes qui ont analysé avec soin les cas d'aliénation mentale rencontrés dans les prisons, sont arrivés à cette opinion formelle que les causes générales de folie pénitentiaire sont indépendantes de l'emprisonnement et inhérentes non à la prison, mais aux prisonniers.

Et en effet : *a.* parmi les détenus dont la folie est constatée dans la prison, il en est qui étaient malades au moment où ils ont été condamnés à la réclusion. Sans aucun doute, cette cause de la fréquence de la folie dans les prisons diminuera à mesure que l'intervention médico-légale deviendra plus active et plus efficace, et empêchera ces déplorables méprises, mais elle n'en est pas moins réelle et entre en ligne de compte pour une part importante.

b. Beaucoup de crimes et de délits sont commis dans la période d'incubation de la folie, période souvent longue et difficile à reconnaître même pour des yeux exercés ; la maladie ne devient évidente que plus tard, alors que l'individu subit en prison la conséquence de l'acte déraisonnable qu'il a commis.

c. Parmi les prisonniers se trouvent un grand nombre d'individus demi-imbéciles, doués d'une organisation vicieuse et d'instincts pervers, qui, livrés à toutes sortes d'excès et n'ayant qu'incomplétement conscience de leurs actes, sont par cela même éminemment prédisposés à toutes les formes d'aliénation mentale. Cette catégorie d'individus fournit le plus grand nombre des malheureux qui, lorsqu'ils appar-

(1) *Ann. med.-psych.*, 1844, p. 73.

tiennent aux classes inférieures, passent leur vie sur les bancs de la police correctionnelle ou dans les maisons de détention, au milieu d'incessantes récidives; qui, dans la classe aisée, mieux entourés et mieux surveillés, finissent après des péripéties sans nombre par vivre et mourir dans les asiles d'aliénés.

d. Enfin on a dit, non sans raison que chez les individus prédisposés le remords du crime commis, les émotions et les angoisses d'un jugement solennel et plus tard la vie de la prison pouvaient dans une certaine mesure contribuer au développement de la folie.

Toutes ces causes dont j'emprunte en grande partie l'énumération à M. Baillarger (1) expliquent parfaitement ce nombre considérable d'aliénés que l'on rencontre dans les prisons. Lorsqu'on a soin d'en tenir compte, on arrive, en analysant chaque fait en particulier, à réduire d'une manière notable le nombre des cas qui se sont réellement développés pendant la détention; je citerai pour exemple M. Sauze (2), qui sur un total de 44 aliénés rencontrés par lui dans une population de 2400 détenus, n'en a trouvé que 3 qui fussent devenus malades sous l'influence de la réclusion, proportion qui se rapproche sensiblement de ce qu'on observe dans la population libre.

En résumé, on doit regarder comme à peu près nulle l'influence de la prison cellulaire et de la prison en général sur le développement de la folie.

§ 2. — Causes physiques.

Abordons maintenant l'étude des causes occasionnelles de l'ordre physique.

Nous les diviserons en : 1° causes locales; 2° causes générales; 3° causes physiologiques; 4° causes spécifiques.

(1) *Ann. médico-psych*, 1844, p. 74.

(2) Sauze, *loc. cit.*

1° Causes locales.

Les causes locales agissent : 1° tantôt directement sur l'encéphale ; 2° tantôt à distance et sympathiquement.

1° Des chocs sur la tête peuvent devenir le point de départ de la folie ; il en est de même des maladies des os du crâne, des inflammations de l'oreille et surtout de l'oreille interne, qui se propagent facilement aux parties plus profondes, et ici, je ne veux pas parler du délire nerveux à forme maniaque ou de la méningite qui compliquent les plaies de tête et même les simples commotions cérébrales, mais des troubles intellectuels survenant après une période prodromique assez longue, chez des individus ayant fait une chute grave : pendant plusieurs mois, plusieurs années après l'accident, les sujets éprouvent de la céphalalgie, des vertiges ; leur intelligence s'affaiblit, ils ont des moments d'absence et sentent eux-mêmes quelque chose d'anormal, puis un jour la folie éclate sans qu'on puisse lui assigner une cause occasionnelle bien manifeste. Dans la plupart des cas de ce genre, l'aliénation mentale revêtait une forme mal définie, et offrait des alternatives irrégulières de stupeur, d'agitation et de lucidité imparfaite, sans idées délirantes systématisées ; jamais la guérison n'a été complète, plusieurs de ces malades sont arrivés progressivement à la démence. A l'autopsie, on trouve alors des hémorrhagies méningées, des abcès de l'encéphale, des exostoses, indiquant que le délire observé pendant la vie était symptomatique d'une lésion du cerveau lentement développée, mais souvent aussi l'examen nécroscopique ne révèle rien d'appréciable.

J'ai vu deux cas de paralysie générale, dans lesquels les premiers symptômes remontaient à un violent coup porté sur la tête : la maladie suivit son cours sans offrir aucune notable particularité ni dans sa marche, ni dans ses symptômes.

2° Dans la folie dite *sympathique*, la cause de la maladie est toujours locale, mais elle réside dans un organe éloigné; elle agit à distance et sympathiquement. Cet ordre de faits diffère notablement de ceux que nous venons d'énoncer, et leur juxtaposition n'entraîne ici aucune analogie sous le rapport étiologique.

La sympathie morbide, point de départ de ce mode de causalité, est un rapport de souffrance existant entre des organes éloignés et sans relations fonctionnelles immédiates. Quelque controversée qu'ait été son existence, il est impossible de ne pas l'admettre comme un fait bien démontré dans la pratique de la médecine mentale. Esquirol, Prost, Daquin, Ferrus, Vogel ont rapporté des cas de folie guérie par l'expulsion de lombrics et d'ascarides. Sauvages et récemment M. Legrand du Saulle rapportent des faits d'aliénation mentale causée par la présence de larves dans les cavités nasales ou dans le conduit auditif externe, et guérie par leur expulsion. Beaucoup de maladies du tube digestif déterminent sympathiquement des troubles de l'intelligence : l'embarras gastrique et les enduits bilieux de la langue suffisent pour développer des hallucinations du goût qui conduisent les malades au refus d'aliments, et Esquirol généralisant trop vite quelques observations que le hasard avait réunies sous ses yeux, affirma que la mélancolie était due au déplacement du côlon transverse. Guislain rapporte l'histoire d'une personne qui, chaque fois qu'elle était constipée, avait des hallucinations auditives et visuelles cessant avec la constipation. La science possède un grand nombre d'observations tendant à démontrer que sous l'influence des maladies de l'utérus et de ses annexes, il se développe des troubles intellectuels purement sympathiques : durant une première grossesse, une dame est atteinte d'aliénation mentale; dix ans après, les accidents s'étant renouvelés, on crut qu'elle était enceinte. Boyer reconnut un polype utérin dont l'enlèvement mit un

terme au dérangement mental. Guislain a donné des soins à une jeune fille atteinte d'une descente de la matrice qui se trouvait prise d'une profonde tristesse avec propension au suicide, chaque fois que le col de l'utérus venait se présenter à l'entrée du vagin ; l'usage d'un pessaire fit disparaître tous ces accidents (1). Plus récemment, MM. Loiseau (2) et Azam (3) ont relaté des faits du plus grand intérêt qui viennent à l'appui de ceux que nous venons de citer. Enfin, j'ai réuni moi-même dans un autre travail, des observations de folie développées pendant la grossesse et disparaissant avec elle, et des cas de délire passager lié au travail même de l'accouchement, à la fièvre de lait, à la menstruation.

Ces folies peuvent être à juste raison appelées sympathiques en ce sens que le délire et la lésion d'un organe autre que le cerveau naissent simultanément, augmentent et disparaissent ensemble : mais il est un autre ordre de faits qui, bien différents des premiers par leur développement ultérieur, s'en rapprochent néanmoins par leur point de départ : je veux parler des cas où la maladie développée par sympathie pure, se sépare ensuite de l'affection primitive, suit son évolution naturelle malgré la disparition de la cause qui lui a donné naissance, et finit enfin par devenir incurable : c'est ce qu'on observe chez les femmes qui, ayant eu à chaque accouchement un accès passager d'aliénation mentale terminé par la guérison, finissent par devenir incurables à un dernier accès provoqué par la même cause, alors même que l'utérus est rentré dans ses conditions normales. Un phénomène inverse se produit chez d'autres malades ; le délire se développe sympathiquement à la suite de la production d'une lésion organique ; au bout d'un certain temps la folie guérit, bien que la lésion organique persiste. J'ai donné

(1) *Traité des phrénopathies*, p. 305.
(2) *Mémoire sur la folie sympathique*. Paris, 1857,
(3) Azam, *De la folie sympathique*. Bordeaux, 1856.

des soins à une dame chez laquelle un accès de mélancolie débuta en même temps que les premiers symptômes d'une métrite avec ulcération granuleuse du col; la mélancolie disparut au bout de quatre mois, tandis que trois mois après la guérison de la maladie mentale, l'affection utérine n'avait éprouvé qu'une amélioration insignifiante.

Dans tous les cas de cette espèce, la sympathie est incomplète et n'existe réellement qu'au point de vue étiologique et pendant la période initiale de la maladie.

Il importerait au plus haut point et pour le pronostic et pour le traitement de pouvoir reconnaître d'emblée si une affection mentale est sympathique d'une lésion organique éloignée, le pronostic et le traitement n'étant pas autres que ceux de la maladie première. La science du diagnostic est malheureusement sur ce point insuffisante, et pour remplir une semblable lacune, il n'existe pas d'autre moyen que de s'enquérir, à l'aide d'un examen clinique complet, des affections viscérales qui peuvent compliquer la folie; si dans les antécédents du malade on retrouve des accidents nerveux ayant déjà coïncidé avec la même lésion, cette circonstance éveillera l'attention; si le cas reste douteux, la prudence ordonne de s'adresser principalement et tout d'abord à la lésion organique, les résultats du traitement indiqueront la nature de la maladie.

Lorsque la folie est sympathique d'une lésion viscérale éloignée, quelques auteurs ont dit qu'alors le siége de la folie siégeait dans les viscères : il est à peine utile de réfuter une semblable erreur qui a contre elle les données physiologiques les plus élémentaires et les résultats de l'expérience clinique. A un trouble de l'intelligence, correspond toujours une modification maladive de l'encéphale dont l'existence est d'ailleurs surabondamment prouvée par la persistance des troubles intellectuels dans les folies sympathiques d'une lésion viscérale, alors même que la maladie première a totalement disparu.

2° Causes générales.

Les causes générales de l'ordre physique sont : 1° l'anémie, les cachexies; 2° les diathèses comme les dartres, le rhumatisme et 3° les fièvres.

1° *Anémie* et *cachexies*. — La chlorose et l'anémie sont deux états généraux qui favorisent singulièrement le développement de la folie. On arrive très souvent à constater par l'examen clinique, surtout chez les femmes, un appauvrissement du sang qui, sans aller jusqu'aux bruits de souffle du cœur et des gros vaisseaux, se traduit du moins par la pâleur des muqueuses, la petitesse du pouls et une anhélation anormale au moindre exercice, par la diminution ou même la cessation complète de la menstruation : cette anémie peut être primitive, c'est-à-dire qu'elle préexiste aux troubles intellectuels et concourt à leur production, mais, dans un grand nombre de cas elle est consécutive à la folie et est le résultat de l'insomnie, d'une alimentation incomplète, des préoccupations maladives qui entravent la force d'assimilation et influent sur toutes les fonctions organiques. On la rencontre non-seulement chez les mélancoliques où elle est très commune, mais encore dans la manie, dans la monomanie et même dans la paralysie générale où elle peut être très prononcée.

Quel que soit le point de départ de l'anémie, son existence bien constatée devient pour le médecin la source des indications thérapeutiques les plus précieuses : dans un nombre de faits considérable, la stupeur ou l'excitation diminue, et le délire perd de son intensité à mesure que le malade reprend des forces, que le sang retrouve sa composition normale et que toutes les fonctions organiques s'exécutent avec plus de régularité. En un mot, nous retrouvons dans la pratique de l'aliénation mentale une nouvelle confirmation de cette vérité qui ressort de l'étude

des affections nerveuses, *sanguis moderator nervorum.*

Les *pertes séminales excessives*, soit volontaires, soit involontaires, développent une cachexie spéciale qui influe sur la production des troubles de l'intelligence. N'oublions pas toutefois que les excès vénériens et l'onanisme sont pris quelquefois pour la cause de troubles intellectuels dont ils ne sont en réalité que le symptôme : dans la manie, au début de la paralysie générale, chez les déments, les idiots et les imbéciles, il n'est pas rare d'observer une excitation génitale qui se traduit, soit par des abus de coït, soit par la masturbation à laquelle les malades se livrent avec une passion et une fureur que rien ne peut modérer. Dans tous ces cas et quelle que soit la forme du délire, la masturbation devient une complication très grave qui trouble la marche naturelle de la maladie, accélère le passage à la démence et ne tarde pas à amener l'incurabilité.

Les pertes séminales provoquées causent directement la folie, moins à cause de l'épuisement qui accompagne les pertes répétées de semence, que par l'ébranlement nerveux qu'elles occasionnent. La manie, l'épilepsie peuvent alors s'observer. On rencontre plus fréquemment de l'hypochondrie, de la tendance au découragement et au désespoir, des impulsions maladives avec idées de meurtre et de suicide, symptômes auxquels on voit se joindre de la stupeur, de l'hébétude et une sorte de démence, avec affaiblissement de la mémoire, indifférence profonde et moments irréguliers de réveil et d'agitation (1). En même temps la santé physique s'altère, la peau se décolore, le visage devient terne, les yeux sont éteints, cernés, enfoncés dans l'orbite ; il y a des syncopes, des palpitations ; les digestions se font mal et s'accompagnent de crampes et de douleurs abdominales, l'amaigrissement coïncide avec un affaiblissement musculaire

(1) Lisle, Acad. de médecine, 23 mars 1851. — Claude, *De la folie causée par les pertes séminales*. Thèse.

général, et les malades ne retrouvent un peu d'énergie que pour se livrer à leur détestable penchant. Chaque nouvelle perte est ordinairement suivie d'une exacerbation manifeste et presque instantanée dans les symptômes physiques et intellectuels.

La masturbation est au moins aussi pernicieuse chez la femme que chez l'homme; elle exerce ses ravages avec d'autant plus d'intensité que les excès ont été commis plus immédiatement à la période de puberté; et cependant, lorsqu'on parvient à l'aide d'une surveillance rigoureuse, d'un traitement moral bien dirigé, à faire cesser complétement cette détestable habitude, lorsqu'on met en usage un traitement tonique et reconstituant suffisamment prolongé, on modifie et même on guérit complétement des états qui tout d'abord semblaient au-dessus des ressources de l'art. C'est là un caractère qui distingue l'affaiblissement intellectuel suite d'onanisme de la véritable démence, et qui dénote toute l'importance de la question d'étiologie.

2° *Diathèses : dartres, rhumatisme.* — L'influence des dartres a été signalée par Esquirol dans la production de la manie, et Guislain croyait à sa réalité. Le vice dartreux, dit-il, est plus souvent qu'on ne le pense la cause d'une aliénation symptomatique : il m'est arrivé plusieurs fois de voir l'aliénation disparaître, grâce à l'apparition d'une éruption dartreuse dont le malade avait été atteint antérieurement (1). Bien que les tendances de certains dermatologistes modernes se rapprochent singulièrement sur ce point des doctrines des anciens, je ne crois que médiocrement à l'influence de la répercussion des dartres sur la production de la folie, et je pense que sur ce point il faut encore en appeler à l'expérience et à une observation rigoureuse.

Entre le *rhumatisme* et la folie, quelques auteurs admettent

(1) Guislain, *Leçons orales*, t. II, p. 82.

des connexions intimes. Déjà Guislain (1) avait insisté sur ce sujet; la goutte, le rhumatisme, peuvent, dit-il, affecter le cerveau sous forme de métastase..... J'ai pu observer qu'un déplacement d'affection rhumatismale du cuir chevelu et des muscles du bras, en se portant sur le cerveau, sur la dure-mère, peut donner lieu à l'état phrénopathique. M. Mesnet (2) a publié l'observation très curieuse d'un jeune homme qui, en proie à un rhumatisme articulaire aigu, fut pris d'un dérangement intellectuel consistant en de l'hébétude, des phrases inachevées, de la difficulté à trouver les mots, et plus tard dans un délire aigu avec violence, hallucinations de la vue et de l'ouïe, conceptions délirantes, croyance à des complots et à des machinations. A mesure que le délire se prononçait, les douleurs rhumatismales perdaient de leur intensité, et réciproquement ces dernières devenaient plus vives lorsque les désordres intellectuels étaient moins accusés. Vers la fin de la maladie apparurent des mouvements choréiques qui, eux aussi, augmentaient et diminuaient à l'inverse des désordres intellectuels. Le sujet qui finit par guérir n'offrait aucune prédisposition héréditaire (3). Les relations qui existent entre la folie et les affections rhumatismales trouvent un incontestable appui dans les travaux de MM. Hervez de Chegoin, Vigla, Hipp. Bourdon, Guhler, qui ont étudié d'une manière si complète les accidents nerveux variés qui peuvent compliquer le rhumatisme, et que l'on désigne sous le nom collectif de rhumatisme cérébral; mais ce point appelle encore bien des études pour être entièrement élucidé au point de vue spécial qui nous occupe.

3° *Fièvres typhoïdes et intermittentes.* —Quoique Esquirol ait dit (3) que les fièvres de mauvais caractère laissent après elles un délire chronique qu'il ne faut pas confondre avec

(1) Guislain, *Leçons orales*, t. II, p. 83.

(2) *Archives générales de médecine*, juin 1856.

(3) *Des maladies mentales*, t. I^er^, p. 73.

l'aliénation mentale, tous les auteurs admettent et la pratique démontre chaque jour que la folie peut être consécutive à la fièvre typhoïde; et ici nous voulons parler d'un délire à forme variable qui éclate au moment où la fièvre commence à tomber, et où les malades, retrouvant le sommeil, l'appétit, semblent entrer en convalescence, et non de ce délire aigu, de ces accidents nerveux sympathiques liés à l'état fébrile, apparaissant au début de la fièvre typhoïde ou pendant son cours, et constituant une de ses plus graves complications.

N'oublions pas cependant que ce dernier délire, ordinairement vague et incohérent comme tous les délires sympathiques et symptomatiques, peut, dans certains cas, se systématiser ou bien consister uniquement en des hallucinations de manière à offrir quelques analogies avec le délire des aliénés. M. Baillarger (1) a publié une observation de fièvre typhoïde avec lésions des plaques de Peyer, vérifiées à l'autopsie, dans laquelle on constata un délire mélancolique complet, avec illusions et hallucinations. La malade disait qu'elle allait mourir, qu'elle avait déshonoré sa famille, elle s'accusait d'avoir volé, etc., etc., se plaignait de ne pouvoir payer les remèdes et répétait qu'elle n'avait plus de bouche ni de langue. Quant aux hallucinations isolées, elles sont assez communes. M. Brierre de Boismont (2) cite, d'après Abercrombie, M. Rayer, M. Marotte, M. Szafkowski, des faits d'hallucinations passagères de l'ouïe et de la vue survenues soit pendant les prodromes de la fièvre typhoïde, soit pendant son cours. M. Thore (3) rapporte également quelques faits où pendant la période d'augment de la fièvre typhoïde les malades voyaient au pied de leur lit des spectres et des visions. Tous ces phénomènes disparaissent avec le mou-

(1) *Ann. méd.-psycholog.*, 1843, t. II, p. 147.

(2) *Des hallucinations*, p. 235.

(3) *Ann. méd.-psych.*, t. XVI, p. 57, 1852.

vement fébrile et l'on n'en retrouve plus trace pendant la convalescence.

Il n'en est pas de même des formes de délire dont nous devons ici plus particulièrement nous occuper. Il résulte des recherches et des observations de MM. Max Simon (1), Louis (2), Chomel (3), Sauvet (4), Leudet (5), Thore (6), que la folie consécutive à la fièvre typhoïde éclate le plus souvent au déclin de la maladie, alors que le mouvement fébrile a perdu de son intensité, ou même plus tard encore, quand la convalescence semble assez avancée pour qu'on puisse se croire à l'abri de tout accident. L'apparition des troubles intellectuels ne suppose pas nécessairement que la fièvre typhoïde ait été très intense et se soit accompagnée d'accidents cérébraux, on les a observés même dans des cas de fièvres typhoïdes légères et de courte durée.

Quant aux formes d'aliénation mentale, elles ont été très nombreuses et ont offert quelques particularités qu'il est bon de noter.

On sait qu'à la suite des fièvres typhoïdes graves, il n'est pas rare de rencontrer un certain degré d'affaiblissement de la mémoire; les convalescents ont oublié en partie ce qu'ils savaient, leurs conceptions ont moins d'énergie, ils apprennent avec difficulté et il faut un temps assez long avant qu'ils ne retrouvent leur niveau intellectuel; or, cette disposition peut, chez quelques sujets, se présenter avec un caractère beaucoup plus accentué et prendre tous les traits de la *démence*. J'ai vu une jeune fille de treize ans, pleine d'intelligence, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, était

(1) *Journal des connaissances méd.-chirurg.*, juin, juillet, août, 1844.
(2) *Recherches anat., patholog., et thérap. sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 83.
(3) *Leçons de clinique médicale*, p. 53.
(4) *Ann. méd.-psychol.*, 1845, t. VI.
(5) *Ann. méd.-psycholog.*, 1850, p. 151.
(6) *Ann. médico-psychol.*, t. XIV, 1850, p. 595.

devenue comme idiote. Elle avait la parole traînante et niaise, adressait à tout le monde en larmoyant des interpellations enfantines, avait oublié les noms de ceux qui l'entouraient, était devenue gâteuse, se barbouillait à plaisir de matières fécales et cherchait à en manger. M. Sauvet (1) a publié une observation analogue. Dans les deux cas, quelques semaines d'un traitement tonique ont suffi pour amener la guérison.

A côté de cette forme se rencontre le *délire maniaque* avec ou sans hallucinations, et tel que nous le décrirons plus tard. Il peut être continu ou intermittent et offrir au milieu du délire général quelques idées prédominantes. Quant à la *mélancolie*, elle a été plus rarement notée.

Au lieu de porter sur l'ensemble des facultés intellectuelles qu'il excite ou déprime au degré pathologique, le délire consécutif à la fièvre typhoïde peut être partiel et se présenter avec tous les caractères de la monomanie. Tantôt ce sont de simples idées fixes, non systématisées, venues au hasard et n'entraînant avec elles aucune conséquence logique, ainsi que M. Louis l'a observé deux fois. Une de ses malades était convaincue pendant sa convalescence qu'elle avait fait un voyage et que de ce voyage elle avait rapporté des louveteaux à vendre. L'autre croyait qu'elle avait perdu sa sœur, et revenait sans cesse sur cette idée (2). Toutes deux d'ailleurs guérirent promptement. Tantôt la monomanie est plus complète et plus accusée, et par une particularité bizarre, est souvent caractérisée par des idées ambitieuses. M. Leudet a rapporté l'observation curieuse d'une jeune fille qui, au déclin d'une fièvre typhoïde, se mit à déclarer qu'elle avait été adoptée par le président de la république ; elle parlait de donner des décorations et refusait de reconnaître son père

(1) *Ann. méd.-psychol.*, t. VI, p. 222.
(2) *Ouv. cité*, t. II, p. 83.

et sa mère qui venaient la visiter. M. Sauvet (1) a raconté un fait semblable, mais devenu incurable chez une domestique qui répétait qu'elle était riche, qu'elle avait de puissantes protections à la cour. Elle prenait les médecins pour des princes russes ou du moins les croyait spécialement envoyés par le roi pour la soigner. Elle ne délirait d'ailleurs sur aucun autre point. M. Max Simon cite deux faits de même nature; il s'agit dans le premier d'un convalescent de fièvre typhoïde qui vantait à tout propos la magnificence de son écurie et les qualités de ses chevaux, tandis que la réalité était bien loin de ces éloges; dans le second, d'un enfant de quinze ans qui, étant en pleine convalescence, se levait soudainement de table en disant que sa voiture à quatre chevaux l'attendait dans la rue; il demandait son manteau royal doublé d'hermine et prétendait avoir reçu des invitations pour assister à des soirées chez les personnages les plus importants de la ville.

Il y a vraiment quelque chose de spécial et de digne d'attention dans l'apparition d'idées ambitieuses chez les sujets devenus momentanément monomaniaques à la suite de fièvre typhoïde. L'étude que nous ferons plus tard de la paralysie générale nous fera mieux comprendre toute la valeur de ce symptôme.

A côté de la monomanie purement intellectuelle, signalons certaines formes de délire partiel remarquables par la prédominance de troubles sensoriaux, c'est-à-dire d'hallucinations. M. Thore (1) cite des observations de fièvre typhoïde dans lesquelles des hallucinations se sont développées pendant la convalescence, alors que les malades commençaient à se lever et à manger. Une malade voyait des diables qui la menaçaient du geste et du regard, ou des chats qui se pro-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Ann. méd.-psychol.*, t. XVI, 1852, p. 59.

menaient dans la chambre et l'empêchaient de dormir par leur miaulement. Un petit garçon de quinze ans, après un mois de maladie, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe; il entend des individus qui le menacent, s'agite beaucoup, prétend qu'il n'a plus de jambes et demande à chaque instant qu'on les remplace par des jambes de bois. Pendant vingt jours ce délire persista. Abercrombie rapporte le cas d'un de ses amis qui, convalescent d'une fièvre typhoïde, s'imagina que son corps avait dix pieds de haut. Son lit lui semblait à six ou sept pieds du sol, de sorte qu'il éprouvait une très vive frayeur pour en sortir. L'ouverture de la cheminée était aussi grande que l'arche d'un pont. Par une bizarrerie assez singulière les personnes qui l'entouraient avaient leur grandeur naturelle.

La plupart des cas de folie développée consécutivement à la fièvre typhoïde guérissent assez rapidement sous l'influence d'une bonne hygiène et d'un régime tonique et réparateur. cependant le pronostic devient beaucoup plus grave dès que la maladie se prolonge quelque temps sans s'améliorer. Les formes simples et régulières du début ne tardent pas à se transformer d'une manière fâcheuse; quelle qu'ait été la forme primitive, les malades offrent des alternatives irrégulières d'excitation et de dépression, l'incohérence d'idées se complique d'impulsions maladives, d'instincts pervers, bientôt même de tous les symptômes de la démence, et tous les efforts de la médecine restent impuissants contre un semblable état.

Sydenham le premier a noté les *fièvres intermittentes* comme pouvant devenir cause de folie. Il constate que la folie survient pendant la convalescence de la fièvre et surtout de la fièvre quarte chez des sujets épuisés par la longueur de la maladie, par le grand nombre des accès et par des évacuations réitérées (1); c'est, dit-il, une sorte particulière de

(1) *Médecine pratique* de Sydenham; trad. de Jault, page 55.

manie qui dégénère en stupidité (1) : elle ne cède pas à la méthode ordinaire. Si on s'obstine à la combattre par des purgatifs réitérés et par la saignée, on pourra bien diminuer sa violence, mais le malade tombera certainement dans une folie incurable..., tandis que la guérison s'obtient à l'aide de la thériaque, des eaux cordiales et d'une nourriture succulente (2).

Le docteur Nepple, dans son *Traité des fièvres intermittentes;* MM. Aubanel et Thore dans leur statistique de Bicêtre, le docteur Griesinger dans son *Traité des maladies mentales*, le docteur Sebastian (3) dans un mémoire spécial, et enfin M. Baillarger (4) ont rapporté un assez grand nombre de cas de folie développée à la suite de fièvres intermittentes, et leurs observations ont confirmé avec quelques développements l'opinion émise par Sydenham. Chez ces malades la folie éclate le plus souvent pendant la convalescence de la fièvre intermittente, quelquefois cependant la fièvre intermittente se transforme en accès réguliers de manie ou de mélancolie, qui finissent par perdre le caractère intermittent pour devenir continus. De toutes les formes observées la stupité est la plus fréquente, et on semble disposé à en trouver la cause anatomique dans un œdème cérébral analogue aux infiltrations séreuses qui accompagnent la cachexie paludéenne.

Disons enfin un mot du *choléra*, dont M. Delasiauve (5) a signalé l'influence sur la production de la folie. Pendant la convalescence de l'affection épidémique il a vu survenir

(1) Page 629.

(2) Page 74.

(3) Journal d'Hufeland, année 1821. *Remarques sur la manie et la mélancolie, comme conséquences des fièvres intermittentes.*

(4) Baillarger, *Note sur la folie à la suite de fièvres intermittentes.* Lue à la Société de médecine.

(5) Note lue à la Société de médecine en 1849 (*Ann. méd.-psycholog.*, 1849, p. 331).

des cas de manie aiguë, de délire partiel avec idée de persécution et même des cas de monomanie ambitieuse offrant plus d'une analogie avec ceux qui se développent consécutivement à la fièvre typhoïde ; bien que chez ces derniers malades la présence du délire ambitieux éveille souvent des soupçons de paralysie générale, il est remarquable que la majorité des cas observés jusqu'ici se sont terminés par la guérison. Il en est de même, à plus forte raison des autres formes de délire qui cèdent en général aux toniques et aux reconstituants.

3° Causes physiologiques.

La menstruation, l'âge critique, la grossesse, l'accouchement, la lactation, sont des états physiologiques qui, même dans les conditions normales de santé, réagissent sur les fonctions intellectuelles. Aussi l'on comprend sans peine que chez les individus prédisposés cette réaction dépasse les limites habituelles et arrive à un véritable état pathologique qui emprunte à son point de départ des particularités intéressantes.

1° *Menstruation.* — La menstruation est une époque dangereuse qui rend la femme plus nerveuse et plus accessible à toutes les émotions (1). On a cité des faits où des femmes d'ailleurs bien portantes étaient prises au moment des règles non-seulement d'une impressionnabilité excessive, mais encore d'un trouble momentané des facultés intellectuelles disparaissant avec l'écoulement périodique. Tantôt la folie éclate sous l'influence de la première menstruation, ainsi qu'on en a cité plusieurs exemples, tantôt l'époque menstruelle, jusqu'alors normale et régulière, est le signal d'une explosion qui, préparée par une période prodromique plus ou moins longue, attendait un instant favorable pour se mani-

(1) F. Voisin, *Des causes morales et physiques des maladies mentales*. Paris, 1826.

fester. L'âge critique à son tour, avec la pléthore ou l'anémie qui l'accompagnent, avec les réactions nerveuses si variées qu'il détermine, est une période de transition dangereuse dont tous ont signalé l'importance. Enfin nous avons vu qu'une fois la folie développée, l'époque menstruelle est constamment le signal ou d'une exacerbation, ou bien plus rarement d'une détente dans les symptômes observés, et que la régularité de cette fonction, son absence ou son insuffisance sont des circonstances qui agissent puissamment sur la marche de la maladie et dont il faut toujours s'enquérir avec soin.

Mais au point de vue pratique, il faut bien se garder de cette appréciation erronée qui fait envisager l'aménorrhée et la dysménorrhée comme des causes directes de la folie : derrière ces troubles des fonctions menstruelles il y a presque constamment un état général auquel il faut savoir remonter et vers lequel doivent être dirigés tous les efforts thérapeutiques qui s'épuiseraient en vain autour d'un symptôme. C'est ainsi qu'on voit la folie guérir alors même que les règles ne sont pas complétement rétablies, ces dernières ne revenant alors qu'au milieu de la convalescence, quand l'équilibre s'est rétabli peu à peu dans tout l'organisme par suite du retour du système nerveux à son état normal.

2° *Grossesse, accouchement, lactation.* — On désigne sous le nom collectif de folie puerpérale celle qui se développe chez les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices.

La folie puerpérale est relativement peu fréquente; il résulte, pour nous, d'un grand nombre de statistiques, qu'on rencontre en moyenne un cas de ce genre sur douze ou treize aliénés. Parmi les cas de folie puerpérale, ceux qui se développent après l'accouchement sont de beaucoup les plus nombreux. La folie des nourrices est moitié moins fréquente que celle qui survient après la délivrance, mais le

nombre des nourrices étant moins considérable que celui des nouvelles accouchées, cette proportion ne saurait être prise dans un sens absolu. Enfin, les cas de folie survenant pendant la grossesse égalent tout au plus le tiers de ceux qui se développent pendant la lactation.

Les nouvelles accouchées offrent principalement la forme maniaque : chez elles, la folie se développe à deux époques distinctes, tantôt dans les huit ou dix premiers jours qui suivent la délivrance, et alors son origine peut être légitimement rapportée à la fièvre de lait et à l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accouchement ; tantôt vers la cinquième ou sixième semaine, c'est-à-dire au moment de la première époque menstruelle ; chez les nourrices, la mélancolie est aussi fréquente que la manie : Esquirol, qui rencontrait un plus grand nombre de cas de folie à la suite de la lactation chez les femmes de la classe pauvre que chez les femmes aisées, l'attribuait à l'insuffisance de leur alimentation, et les faits que nous avons observés viennent presque tous à l'appui de cette opinion : la plupart de nos malades présentaient de l'anémie, de l'amaigrissement, des vertiges et divers accidents nerveux ayant précédé l'invasion des troubles intellectuels. Quant au sevrage, son influence sur la production de la folie est incontestable, mais plus difficile à expliquer, puisqu'il met fin à une sécrétion dont l'abondance épuisait les malades. Cependant il n'est pas rare de voir l'organisme épuisé s'habituer pendant quelque temps sans secousse et sans malaise à des pertes qui l'énervent d'une manière quotidienne et régulière ; mais que ces flux se suppriment brusquement, il peut arriver, comme chez les hémorrhoïdaires ou chez des sujets habitués à une longue suppuration, qu'il se produise dans l'économie une réaction d'autant plus vive et plus dangereuse que le sujet est plus enclin aux accidents nerveux.

L'état puerpéral n'exerce pas chez tous les sujets une

égale influence au point de vue de la production des troubles intellectuels; dans l'appréciation des causes de la folie puerpérale, il faut toujours tenir le plus grand compte, non-seulement de la prédisposition et surtout de l'hérédité, sur laquelle nous n'avons pas à revenir, mais encore de certaines conditions d'un ordre secondaire dont l'action est bien démontrée. Ainsi :

a. L'âge des nouvelles accouchées : plus les femmes s'éloignent de cette période de la vie dans laquelle les fonctions génératrices jouissent de toute leur énergie, plus elles se trouvent exposées à la folie lorsqu'elles deviennent enceintes. J'ai prouvé ce fait autre part à l'aide de statistiques irrécusables.

b. Le nombre des grossesses augmente la prédisposition à la folie, à cause de la profonde débilitation amenée par des parturitions nombreuses et très rapprochées. Cette cause et la précédente s'enchaînent l'une l'autre et se trouvent naturellement juxtaposées; on les retrouve non-seulement pour la folie des nouvelles accouchées, mais encore pour la folie des femmes enceintes.

c. Un accès antérieur d'aliénation mentale prédispose à la folie puerpérale, il en est de même d'un état mental fâcheux pendant la durée de la grossesse.

d. Le sexe de l'enfant que la femme a porté ou allaité devient quelquefois cause de folie. On a vu des malades devenir aliénées après avoir mis au monde un enfant mâle, et rester exemptes d'accidents après l'accouchement d'une fille. Ces faits au premier abord semblent inexplicables : on comprend cependant qu'un enfant mâle, fort, développé, et plus tard, lorsqu'on l'allaite, exerçant des efforts de succion énergiques, arrive à épuiser plus promptement sa mère et à déterminer des accidents que la gestation et l'allaitement d'une fille auraient pu éviter.

e. L'hémorrhagie pendant ou après l'accouchement hâte le développement des accidents nerveux.

f. La folie peut survenir chez les nouvelles accouchées, à la suite de convulsions éclamptiques. Tantôt elle succède immédiatement au coma qui accompagne les convulsions; tantôt elle n'éclate que plusieurs heures ou plusieurs jours avant la fin complète de l'état convulsif, alors que l'on semblait pouvoir compter sur la cessation de tous les accidents cérébraux.

g. La première menstruation qui suit l'accouchement exerce sur le développement de la folie puerpérale une influence que M. Baillarger a signalée le premier, et que nos propres observations confirment d'une manière non douteuse : sur 44 malades atteintes de folie après l'accouchement et qui n'avaient pas allaité, j'en ai trouvé 11 qui sont tombées malades vers la sixième semaine, c'est-à-dire précisément au moment du retour des règles. Quelquefois le délire précède de cinq à six jours l'apparition des règles, mais dans le plus grand nombre des cas, la folie débute avec l'écoulement menstruel ou pendant sa durée. Enfin, j'ai vu la menstruation faire complétement défaut et le délire éclater précisément au moment où les règles devaient apparaître. Chez les nourrices, l'invasion du délire a lieu fréquemment de la quatrième à la sixième semaine qui suit l'accouchement; et chez les femmes qui, ayant allaité pendant un certain nombre de mois, deviennent malades après le sevrage, le délire éclate très souvent au moment même où les règles reparaissent après une longue interruption.

h. Dans quelques cas, les difficultés de la parturition, un phlegmon du sein passé à suppuration, un refroidissement, paraissent être devenus le point de départ d'un accès de folie chez des femmes prédisposées. Je ne citerai que pour mémoire les inhalations de chloroforme signalées comme

fâcheuses par le docteur Webster (1) et que je serais porté à regarder avec Simpson comme plutôt utiles que nuisibles, car en enlevant les douleurs si vives du travail de l'accouchement, elles font disparaître une cause d'ébranlement du système nerveux.

i. A côté de toutes ces causes de l'ordre physique, signalons enfin les émotions morales que je n'ai rencontrées que neuf fois sur soixante malades, proportion peu considérable, et qui semble indiquer, contrairement à ce que nous avons trouvé pour la folie en dehors de l'état puerpéral, la prédominance des causes physiques sur les causes morales.

4° Causes spécifiques.

Parmi les causes spécifiques nous rangeons les virus, comme le virus syphilitique, et certaines substances toxiques, comme la jusquiame, l'opium, la belladone, et tant d'autres qui directement ou indirectement agissent sur le système nerveux et déterminent des troubles de l'intelligence.

1° Des faits cliniques soigneusement observés permettent d'affirmer que la syphilis est quelquefois cause de folie. Toutefois, en parcourant les observations contenues dans les ouvrages de MM. Gros et Lancereaux (2) et de M. Zambaco (3), on voit bien vite que les troubles intellectuels doivent être alors attribués, soit à des dégénérescences organiques ou à des produits accidentels du parenchyme cérébral ou des os du crâne, soit enfin à la cachexie et à l'anémie profonde qui accompagnent souvent les accidents tertiaires de la syphilis : ainsi, la syphilis n'agit pas directement sur la production de la folie, à la manière d'un agent toxique ; elle agit uniquement par l'intermédiaire des modifications organiques

(1) *Journal of psychology*, 1850. — *Archives de médecine*, octobre 1860. — *Revue médicale*, 1853, t. I^er^, p. 569.

(2) *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1861, p. 128.

(3) *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1862.

qu'elle fait subir à l'économie; encore même faut-il tenir compte des circonstances accessoires, telles que les excès vénériens, les abus alcooliques, qui ont eu souvent leur part d'influence dans la production de la maladie mentale. Enfin, il est indispensable, pour que cette étiologie puisse être admise avec quelque certitude, que la folie ait guéri sous l'influence d'un traitement antisyphilitique; toute observation qui ne présentera pas cette contre-épreuve thérapeutique pourra toujours être discutée et envisagée comme le résultat d'une coïncidence.

Nous aurons à revenir sur ce sujet à propos de la paralysie générale, dont l'origine directement syphilitique me semble dans quelques cas beaucoup plus probable.

2° Certaines substances toxiques ont la propriété de déterminer des délires qui, curables et passagers dans la grande majorité des cas, passent quelquefois à l'état chronique et constituent de véritables aliénations mentales. Tantôt ces intoxications se produisent rapidement sous l'influence d'une dose élevée de poison prise en un court espace de temps; tantôt, au contraire, l'organisme s'altère lentement par l'ingestion répétée d'une quantité moins considérable de la substance toxique, et les troubles intellectuels qui en résultent sont plus profonds et plus graves au point de vue de la curabilité. C'est ainsi que l'alcool et les boissons alcooliques déterminent toutes les formes d'aliénation mentale, depuis la manie et la mélancolie jusqu'à la démence et à la paralysie générale. L'opium pris à dose élevée produit un violent délire avec constriction des pupilles, illusions et hallucinations; son emploi prolongé amène, chez les fumeurs d'opium par exemple, de la stupeur, de l'hébétude et un affaiblissement incurable de l'intelligence. L'ivresse du hachisch s'accompagne d'illusions, d'hallucinations et d'un véritable délire maniaque qui cesse à mesure que l'action du poison commence à s'affaiblir. Le délire de la belladone, de la mandra-

gore, du datura stramonium et de la plupart des solanées vireuses offre comme symptôme caractéristique, outre l'excitation cérébrale, la prédominance des hallucinations de la vue et la dilatation des pupilles. Quant au tabac, qui a été si souvent attaqué et défendu, on le consomme maintenant dans une proportion tellement exorbitante, que, sans admettre comme certains médecins qu'il est la cause unique de l'augmentation de fréquence de la paralysie générale, il m'est impossible de le regarder comme entièrement inoffensif.

L'intoxication saturnine se traduit, comme chacun sait, par des accidents cérébraux à forme variable, vertiges, épilepsie, délire maniaque, démence, qui aboutissent plus d'une fois à la paralysie générale.

J'ai vu un véritable accès de manie chez un ouvrier en caoutchouc qui manipulait du sulfure de carbone. Des faits analogues ont été cités pour l'iode.

Quant à l'action du mercure sur la production de la folie, elle est notée par un grand nombre d'auteurs; sans nier la réalité de cette cause, je crois qu'elle aurait besoin de s'appuyer sur des observations plus rigoureuses que celles qui ont été données jusqu'ici. On trouve, en effet, dans la plupart d'entre elles, à côté de l'usage des préparations mercurielles, des causes infiniment plus actives et plus sérieuses dont il faut savoir faire la part.

CHAPITRE V.

Pronostic, mortalité, anatomie pathologique, diagnostic.

Conditions qui influent sur le pronostic de la folie. — Age, sexe, antécédents, causes, complications, forme de la maladie mentale, marche, durée.

Proportion des guérisons et des rechutes.

Mortalité chez les aliénés. — Maladies incidentes : pneumonie, gangrène du poumon, phthisie pulmonaire.

Anatomie pathologique de la folie.

Diagnostic de la folie.

ARTICLE I.

DES CONDITIONS QUI INFLUENT SUR LE PRONOSTIC DE LA FOLIE.

Le pronostic de la folie se déduit d'un certain nombre de conditions qui sont l'*âge*, le *sexe*, les *antécédents*, les *causes*, les *complications*, la *forme* de la maladie mentale, sa *marche*, sa *durée*.

1° *Age*. — Chez un sujet jeune, les chances de guérison sont beaucoup plus considérables, toutes choses égales d'ailleurs. J'ai vu, comme bien d'autres, guérir des accès de folie chez des vieillards âgés de soixante ans, soixante-cinq ans et même plus. Mais ces faits ne sont pas communs, et, d'après Guislain, si à vingt-cinq ans on guérit 6 aliénés sur 10, à soixante ans on en guérit à peine 30 sur 100. L'affaiblissement intellectuel qui survient naturellement avec la vieillesse et la langueur de toutes les fonctions rendent moins vive la réaction de l'organisme et facilitent le passage à la démence.

2° *Sexe*. — Le sexe féminin donne un plus grand nombre de guérisons que le sexe masculin, différence qui s'explique sans peine par la rareté de la paralysie générale chez les femmes. Cette même raison fait comprendre pourquoi la mortalité est plus considérable chez

les hommes. En revanche les femmes présentent plus de récidives.

3° *Antécédents.* — Il faut tenir compte des antécédents intellectuels du sujet, des conditions héréditaires dans lesquelles il se trouve. Un individu bizarre, capricieux, à esprit faux, gâté dès son enfance et habitué à satisfaire toutes ses volontés, portant en un mot l'empreinte d'une transmission héréditaire fâcheuse, pourra guérir d'un accès de folie; mais sa convalescence sera incomplète et laissera après elle un état mental intermédiaire à la raison et à la maladie, qui fera toujours craindre une rechute. Bien au contraire, une intelligence saine et énergique peut se retrouver tout entière, même après un violent accès, et laisser l'espoir d'une convalescence solide.

4° *Causes.* — Les causes qui ont provoqué le développement de la folie ont leur importance lorsqu'il s'agit de porter un pronostic. En général, une cause unique et brusque, comme, par exemple, une vive émotion morale, laisse après elle de grandes chances de guérison. Il n'en est pas de même de ces causes multiples, agissant de longue main et ayant ébranlé depuis longtemps le système nerveux : la réaction de l'organisme est toujours dans ces cas moins nette et moins prompte; et, parmi les causes physiques, quelle différence sous ce rapport entre la folie qui survient à la suite de l'accouchement et la folie consécutive à des pertes séminales spontanées ou provoquées! Dans les troubles intellectuels dus à l'action d'une substance toxique, la connaissance de la cause permet de prévoir une heureuse terminaison de la maladie, alors même que les symptômes observés sont très graves : c'est ainsi que les accidents causés par la belladone, la mandragore, la jusquiame, le hachisch, disparaissent très promptement; la folie alcoolique elle-même guérit sans peine lorsqu'elle est aiguë, et ne devient incurable qu'à la longue, lorsqu'il y a eu une longue série de

rechutes et une persistance opiniâtre dans l'abus des boissons toxiques. Il est inutile de revenir sur ce que nous avons dit plus haut des folies dites sympathiques; leur existence en effet n'est prouvée, dans l'immense majorité des cas, que par l'issue même de la maladie; mais toutes les fois que l'on sera en droit de croire à une semblable étiologie, le pronostic sera d'autant plus favorable que la cause à laquelle est liée l'existence de la folie pourra plus facilement être attaquée.

5° *Complications.* — Les complications de la folie suffisent parfois à elles seules pour lui imprimer un cachet d'incurabilité : l'épilepsie a, sous ce rapport, une gravité exceptionnelle; elle donne aux accès d'agitation le caractère de la fureur, et hâte le développement de la démence. L'hystérie comporte des accès plus facilement curables, tout en offrant une gravité réelle au point de vue des rechutes et de l'état nerveux consécutif.

6° *Formes.* — La manie, exempte de toute complication et dans les conditions les plus favorables, présente au moins 7 guérisons sur 10 malades. Si la manie aiguë guérit parfaitement, l'excitation maniaque est plus grave; la manie suraiguë peut entraîner la mort, mais, une fois la période dangereuse passée, elle donne un grand nombre de résultats heureux. Quant à la mélancolie simple, elle offre des chances presque aussi favorables, mais la fréquence des complications dans cette forme de maladie mentale rend d'une manière générale le pronostic un peu plus grave.

La démence entraîne toujours avec elle l'incurabilité. La monomanie bien nettement dessinée peut guérir, mais elle doit toujours inspirer des craintes sérieuses; quant à la paralysie générale, bien qu'il existe certains cas de guérison apparente que nous discuterons plus tard, ils sont relativement si rares, que le diagnostic de cette maladie entraîne presque constamment avec lui l'incurabilité et la mort.

Quelques symptômes ont par eux-mêmes et indépendamment de toute forme morbide une certaine valeur au point de vue de l'avenir : c'est ainsi que les hallucinations, lorsqu'elles viennent à prédominer au milieu du délire, en dehors de tout état aigu, constituent un symptôme inquiétant; il en est de même des impulsions irrésistibles, des idées de transformations corporelles chez les hypochondriaques, du mutisme prolongé, de l'absence persistante des sentiments affectifs. Le délire qui a trait exclusivement à des préoccupations religieuses se complique facilement d'hallucinations, de pratiques dangereuses, de privations et de souffrances que les malades s'imposent volontairement, et devient promptement incurable. Le délire ambitieux éveille tout d'abord l'idée d'une paralysie générale, et ce n'est qu'après de longues hésitations et un examen attentif des symptômes concomitants, qu'il sera permis de modifier la gravité du pronostic. Quant aux idées de suicide et au refus d'aliments survenant chez des monomaniaques, ils sont d'un fâcheux augure, autant à cause de la gravité de l'état mental qu'en raison des dangers que court la vie des malades.

7° *Marche.* — Une invasion brusque, une aggravation rapide des symptômes qui en quelques jours atteignent leur summum d'intensité, laissent de grandes chances de guérison. Lorsqu'au contraire la maladie s'est développée graduellement, avec lenteur, et ne fait décidément explosion qu'après une longue période d'incubation, il est à craindre que les désordres intellectuels ne soient plus graves. Si les symptômes restent longtemps stationnaires, si l'état du malade se présente avec une immobilité parfaite, c'est là un signe inquiétant, à moins qu'une période d'excitation ne vienne modifier l'aspect de la maladie et son pronostic. Les *intervalles lucides* sont toujours d'un bon augure dans la période de déclin d'une maladie aiguë : ils

se rapprochent, se prolongent et se transforment bientôt en une convalescence franche ; mais il faut bien se garder de confondre les intervalles lucides avec les simples rémittences qui ont une si grande importance dans l'étude de la paralysie générale.

Lorsque la marche de la maladie, au lieu d'être continue, est franchement intermittente, le pronostic est sérieux. Trois ou quatre accès de manie survenant à intervalles réguliers donnent encore une grande proportion de guérisons, mais si la périodicité date déjà de quelque temps, si la régularisation des accès est parfaite, les succès deviennent infiniment plus rares et en tout cas ne surviennent qu'au bout d'un temps très long.

Une terminaison brusque d'un accès de folie ne peut être regardée comme favorable que si l'accès a été très court : dans le cas contraire, la disparition instantanée de tous les symptômes indique une convalescence imparfaite, et doit tenir en garde contre une rechute prochaine ou contre l'existence d'une périodicité jusque-là méconnue, faute de la connaissance des antécédents.

8° *Durée*. — Plus une maladie mentale a duré, plus elle est grave : sur 27 guérisons, Guislain (1) en a compté 54 dans le premier semestre, 29 dans le deuxième ; pendant toute la seconde année il n'a compté que 8 guérisons, pendant la troisième 2, pendant la quatrième 4, et ces proportions doivent être regardées comme conformes à l'observation commune. Déjà Esquirol avait posé en règle générale qu'au delà de la deuxième année les chances d'incurabilité étaient très considérables. On voit cependant des aliénés se rétablir après quinze ou vingt ans de séjour dans des asiles. Pinel a cité l'histoire d'une femme qui guérit au bout de vingt-sept ans de réclusion et de manie : « Son délire et sa

(1) *Leçons sur les phrénopathies*. Gand, 1852, t. II, p. 265.

fureur ont été continus durant cet espace de temps, au point de déchirer ses vêtements, de rester nue, et de se barbouiller de saletés les plus dégoûtantes. Au moment de la cessation de son délire, elle a paru sortir comme d'un rêve profond, et a demandé des nouvelles de deux enfants en bas âge qu'elle avait avant son aliénation, et elle ne pouvait concevoir qu'ils fussent mariés depuis plusieurs années (1). » J'ai moi-même eu l'occasion de constater une guérison après dix années de maladie.

Telles sont les conditions qui permettent de porter un pronostic heureux ou défavorable sur la terminaison d'un accès de folie. Il importe maintenant de rechercher quel est, d'une manière générale, le résultat des moyens de traitement.

ARTICLE II.

PROPORTION DES GUÉRISONS ET DES RECHUTES.

D'après une statistique anglaise citée par Ferrus (2), sur 19 516 aliénés il y a eu 5918 guérisons. Le rapport de Desportes sur Bicêtre et la Salpêtrière donne sur 12 592 malades 5075 guérisons. Enfin Esquirol, dans son établissement privé, a compté 173 guérisons sur 335 malades. Mais il est probable que ces chiffres soumis à une analyse sévère donneraient une proportion de guérisons beaucoup moins élevée.

En prenant la moyenne de huit années dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, nous trouvons (3) qu'il y a pour les hommes 1 guérison sur 5,75, et pour les femmes 1 guérison sur 8,06. En déduisant de ce chiffre le nombre des rechutes, on trouve à peu près 1 guérison sur 6,43 pour les hommes, 1 sur 12,14 pour les femmes, et en moyenne

(1) Pinel, *ouvr. cité*, p. 88.
(2) *Dictionnaire* en 30 vol., art. FOLIE.
(3) Voy. *Rapports annuels du directeur général de l'assistance publique.*

1 sur 8,72; on ne peut donc espérer, d'après ces chiffres, qu'une guérison sur 9 malades traités.

Cette statistique, pas plus que les précédentes, ne saurait être acceptée dans toute sa rigueur. Et en effet, parmi les diverses formes comprises sous le nom d'aliénation mentale, il en est une, la paralysie générale, dont la terminaison est constamment mortelle, et qui à elle seule penche dans la balance d'un poids considérable. On reçoit en outre, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, une foule de vieillards tombés en démence à la suite d'affections organiques du cerveau, dont l'état est nécessairement incurable, et qui ne devraient pas entrer en ligne de compte dans la statistique de la folie. Aussi les causes d'erreur sont assez importantes pour que nous ne donnions qu'avec beaucoup de réserve les chiffres indiqués plus haut. Plus loin, en faisant l'histoire des diverses formes de maladie mentale, nous indiquerons avec plus de certitude la proportion des résultats heureux que chacune d'elles peut fournir.

A côté des guérisons il faut d'ailleurs signaler les *rechutes*; et en effet, il n'en est pas de la folie comme de certaines affections dont la guérison, une fois complète, ne laisse subsister aucune inquiétude pour l'avenir. Ici les rechutes sont fréquentes et multiples.

On a cherché à évaluer quelle pourrait être leur fréquence proportionnelle sur un nombre donné d'admissions. Esquirol, sur 2804 malades en a trouvé 292 qui en étaient à leur second ou leur troisième accès. Ainsi les rechutes se présentaient pour lui dans la proportion d'un dixième. Georget a abaissé ce chiffre à un quinzième. Guislain, d'après ses calculs, est porté à admettre 19 rechutes sur 100 admissions. MM. Schrœder van der Kolk et Feith, dans leurs rapports sur les établissements d'aliénés de Hollande, ont trouvé pour les hommes la proportion de 18, et pour les femmes la proportion de 19 pour 100. M. Parchappe,

à Rouen, est arrivé à un résultat analogue, 17 pour 100.

Les chiffres suivants sont extraits de la statistique des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière pour l'année 1859 : Sur un total de 1702 admissions, on compte 205 rechutes et 81 malades réintégrés : ce qui donne, sur 100 admissions, 83 malades entrés pour la première fois; 12,04 par rechute et 4,76 par réintégration.

Les 205 rechutes se classent de la manière suivante : 93 se sont développées dans la première année de la guérison (70 dans les six premiers mois, 23 dans les six derniers), 39 dans la seconde année, 17 dans la troisième, 12 dans la quatrième, 3 dans la cinquième, 12 dans la sixième, 6 dans la septième, 2 dans la huitième, 3 dans la neuvième, 9 dans la dixième, 3 dans la onzième, 2 dans la douzième, 0 dans la treizième et la quatorzième, 1 dans la quinzième et 3 dans la seizième année. La très grande proportion des rechutes dans la première année qui suit la guérison, et surtout dans les six premiers mois de cette année, est le résultat qui frappe le plus au milieu de cette statistique.

Les rechutes chez les aliénés reconnaissent pour cause, outre la prédisposition, le retour au milieu des conditions qui avaient déjà amené le développement de la folie, les émotions morales prématurées, la misère, le manque de soins et les difficultés que rencontrent souvent les malades au sortir de l'hôpital pour trouver une position, difficultés qui amènent chez eux le découragement, la défiance et le désespoir. Les mêmes conditions organiques ou climatériques qui avaient amené le développement d'un premier accès influent en général sur la production des autres, et si j'en crois les faits que j'ai observés, c'est presque toujours la même forme de maladie mentale qui se reproduit chez le même sujet dans les accès ultérieurs.

ARTICLE III.

§ 1er. — Mortalité chez les aliénés.

Les aliénés sont soumis à toutes les influences pathogéniques qui agissent sur l'homme en santé. Quelques auteurs ont avancé qu'ils jouissaient dans les épidémies d'une véritable immunité, et Ellis les regarde même comme moins exposés aux maladies accidentelles, mais l'expérience a démontré combien ces assertions sont peu fondées. Les aliénés dans leurs asiles n'échappent nullement aux épidémies de choléra, de typhus, de dysenterie, qui visitent certaines localités, et tous les jours nous les voyons atteints de maladies incidentes qui se développent sous l'influence du froid, de l'humidité, d'une mauvaise hygiène et de toutes les causes habituelles des états morbides.

Bien plus, la mortalité dans la folie est plus considérable que chez l'homme en santé. A l'état normal, la mortalité est de 1 sur 56. Or, à Bicêtre, d'après MM. Thore et Aubanel, elle serait de 1 sur 8,61, et je trouve dans les statistiques publiées par l'administration de l'assistance publique, que de 1853 à 1859, pour les malades de Bicêtre, de la Salpêtrière et pour ceux qui ont été transférés dans les asiles départementaux, la mortalité a été en moyenne de 1 sur 7. Ce résultat n'était pas difficile à prévoir : il est toute une catégorie d'aliénés, les paralytiques, qui, par suite même des progrès de l'affection cérébrale, sont voués fatalement à la mort ; d'autres succombent dans la période aiguë de la maladie, quelques-uns mettent fin à leurs jours par le suicide. Les maniaques s'exposent à toutes les intempéries de l'air, et au milieu de leurs actes désordonnés se font de graves blessures; les monomaniaques, par leurs jeûnes volontaires, leurs pratiques absurdes et opiniâtres, finissent par altérer leur santé; il en est de même des dé-

ments qui ont perdu l'instinct de la conservation, ignorent le danger, et chez lesquels le décubitus prolongé et le contact incessant de l'urine et des matières fécales favorisent le développement des eschares et des congestions hypostatiques. Les idiots vivent peu et dépassent rarement trente ans, tandis que chez les imbéciles bien constitués la vie atteint les limites ordinaires.

Chez les aliénés, les causes de la mortalité sont donc bien plus nombreuses que chez l'homme jouissant de ses facultés intellectuelles. Cependant, lorsqu'un individu n'est pas paralytique, lorsqu'il a traversé sans accident la période aiguë et dangereuse de la maladie, et qu'il n'existe dans ses habitudes, dans sa manière d'être aucune cause positive de dépérissement, il peut vivre pendant un temps fort long. Chaque jour nous voyons dans les asiles des malades incurables dont l'admission remonte à dix, vingt ou trente ans, et qui atteignent une vieillesse très avancée. Desportes, Esquirol, MM. Thore et Aubanel ont publié des documents statistiques qui confirment cette vérité. Je trouve également que sur 2369 aliénés du département de la Seine existant à la fin de 1859 :

933	avaient	1 année de séjour.
369	—	2 années.
202	—	3 années.
146	—	4 années.
124	—	5 années.
306	—	de 6 à 10 ans.
223	—	de 11 à 20 ans.
44	—	de 21 à 30 ans.
17	—	de 31 à 40 ans.
4	—	de 41 à 50 ans.
1	—	au-dessus de 51 ans de séjour.

Ce qui fait un total de 289 malades, c'est-à-dire près de 1/9e ayant vécu dans l'asile pendant plus de dix années.

Parmi eux il en est qui succombent aux progrès mêmes

de l'affection cérébrale. Les autres sont enlevés par des maladies incidentes, qui souvent empruntent un cachet spécial à leur association avec la folie.

§ 2. — Maladies incidentes.

Chez certains aliénés qui peuvent rendre compte de leurs souffrances et dont les fonctions organiques s'exécutent normalement, les *maladies incidentes* se présentent avec leur appareil symptomatique habituel, et n'offrent rien de particulier à noter. Mais il n'en est plus de même dans la majorité des cas. Sous l'influence des perturbations de l'intelligence et de la sensibilité, les uns dissimulent ou ne perçoivent pas des maladies réelles, les autres se plaignent sans cesse de maux imaginaires et interprètent à leur guise les sensations réelles qu'ils éprouvent; puis, quand l'agitation est violente, il est fort difficile, au milieu du désordre complet des actes et des idées, de démêler les symptômes propres à une affection viscérale. En joignant à ces difficultés celles qui résultent de l'absence presque complète de commémoratifs, on comprendra sans peine que le diagnostic des affections incidentes, en raison même de leur marche indécise et inaccoutumée, exige une attention soutenue et toujours en éveil. En général, on tiendra le plus grand compte des changements qui surviennent dans les allures et dans les habitudes des malades. Refusent-ils de manger, restent-ils couchés, pour peu que le pouls offre en même temps un peu d'accélération, il faut soupçonner quelque affection latente et explorer minutieusement chaque organe et chaque fonction. Sous ce rapport, la médecine des aliénés offre plus d'une analogie avec la médecine des enfants, et exige les mêmes précautions.

Nous dirons seulement quelques mots des trois affections incidentes les plus communes, en insistant non sur leurs

symptômes normaux, mais sur les particularités qu'elles présentent en raison même de leur association à la folie.

1° La *pneumonie* (1) est une des maladies incidentes qu'on observe le plus fréquemment chez les aliénés. Il résulte de la plupart des statistiques, qu'elle enlève à peu près le cinquième des sujets qui succombent dans les asiles. Chez les paralytiques la diminution des forces respiratoires et le décubitus dorsal prolongé; chez les maniaques, les cris et les vociférations, et d'une manière générale les refroidissements, les changements brusques de température, sont les causes qui favorisent le plus sa production.

Les symptômes et la marche de la pneumonie diffèrent singulièrement selon l'état mental des individus. Chez les aliénés qui conservent encore une partie de leur intelligence, la pneumonie se révèle par ses symptômes habituels, toux, fièvre, expectoration sanguinolente, modifications des bruits respiratoires et de la sonorité; la marche et la durée de la maladie n'offrent également rien d'anormal. Mais il n'en est plus de même chez les paralytiques, chez les malades en démence, chez tous ceux dont la sensibilité est obtuse : pas de frisson initial, pas de toux, pas de douleur, rien qui éveille l'attention. Souvent le malade prend ses repas comme de coutume, se lève, se promène, lorsqu'en peu d'heures on le voit tomber dans un état de prostration extrême; la figure s'altère, le pouls faiblit, la respiration s'embarrasse; il survient du râle trachéal, et la mort arrive en moins d'une journée. M. Falret (2) a même observé une vieille femme, remarquable par sa loquacité et la vigueur de ses intonations, qui, un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de

(1) Thore, *Ann. méd.-psych.*, 1844, p. 12.

(2) V. Dechambre et Hourmann, *Sur la pneumonie des vieillards* (*Archives de médecine*, 1836, p. 37.

délire que de coutume, tomba tout à coup et mourut. A l'autopsie, le poumon tout entier fut trouvé converti en hépatisation grise.

Le début de la maladie est loin d'être toujours aussi insidieux, mais bien souvent les symptômes initiaux, sans être nuls, sont très peu accusés. La toux et l'expectoration manquent presque constamment, la dyspnée est plus commune, la fièvre ne fait jamais défaut, et ce sont ces deux derniers symptômes qui, avec le refus d'aliments et l'altération des traits, inspirent tout d'abord quelque inquiétude. L'auscultation à laquelle on a recours, dès que l'éveil est donné, révèle dès le début l'existence de gros râles muqueux et de râles sonores disséminés des deux côtés de la poitrine, et persistant à toutes les périodes de la maladie au point de masquer la respiration bronchique qui bien souvent ne peut être perçue, même dans les cas où l'autopsie indique que la maladie est passée au second degré. Le râle crépitant fin et sec ne se trouve guère que chez les individus placés dans de bonnes conditions et offrant des chances sérieuses de guérison. C'est qu'en effet la forme inflammatoire de la pneumonie est rare et ne se voit que chez quelques maniaques ou monomaniaques encore vigoureux et capables de réagir. La forme adynamique est de beaucoup la plus commune, et est spéciale à tous les aliénés paralytiques; en peu de temps la langue devient sèche, fendillée, et se recouvre d'un enduit brunâtre, les lèvres s'encroûtent, les dents sont fuligineuses, le pouls est petit et misérable. La mort est la terminaison presque constante de cette forme de pneumonie, elle peut survenir en vingt-quatre ou quarante-huit heures; rarement, à moins d'une terminaison heureuse, la maladie se prolonge au delà de quatre ou cinq journées.

A l'autopsie, on trouve dans la moitié des cas que les deux poumons sont également atteints. Quand la pneumonie est simple, celle du poumon gauche est trois fois plus fréquente

que celle du poumon droit. Ce résultat noté par M. Calmeil et par M. Thore, est important à signaler, car il est en opposition complète avec la loi générale qui place dans le côté droit la prédominance de la pneumonie à tous les âges et dans toutes les conditions (1).

Quant aux lésions présentées par les poumons, elles sont assez variables. Le plus souvent elles consistent en de l'engouement simple, uni à un degré plus ou moins prononcé d'hépatisation. L'hépatisation elle-même se présente rarement avec ses caractères nettement tranchés, c'est-à-dire augmentation de la densité, friabilité du tissu, absence de crépitation, aspect granulé. Dans la majorité des cas l'organe, compacte, lisse à la coupe, offre cet aspect que l'on a désigné sous le nom de splénisation ou de carnification, et qui se rapproche des états observés dans les fièvres typhoïdes et dans toutes les pneumonies hypostatiques.

L'hépatisation grise, assez rare, n'offre rien de spécial.

2° *Gangrène du poumon.* — La gangrène du poumon s'observe plus fréquemment dans les asiles d'aliénés que partout ailleurs, sans qu'il soit facile d'expliquer cette fâcheuse aptitude. Guislain, qui a publié sur ce point un travail justement estimé, a établi qu'on l'observait principalement chez les individus qu'un refus prolongé d'aliment a jetés dans un état de débilitation profonde, le plus souvent par conséquent chez des mélancoliques. Cette étiologie ne saurait être contestée, mais il a été prouvé que la gangrène pulmonaire se rencontrait encore, et même avec une fréquence assez grande, chez les déments et les paralytiques, dont l'innervation est profondément lésée. L'encombrement, la respiration d'un air vicié par des émanations animales, la langueur de toutes les fonctions organiques, contribuent pour leur part à la production de la maladie.

(1) Thore, *loc. cit.*, p. 43.

La gangrène se développe toujours d'emblée, et dans aucun cas n'a paru consécutive à une inflammation pulmonaire. Souvent son début est insidieux et l'autopsie seule révèle son existence; mais habituellement elle s'annonce par la petitesse et l'accélération du pouls, par l'altération profonde et rapide de la figure, la dyspnée, la toux, la fétidité de l'haleine et l'expectoration de crachats noirâtres, dans lesquels se retrouvent quelques stries sanguinolentes. La peau prend une teinte brune, que Guislain compare à celle de la bière; la conjonctive devient bleuâtre; en peu d'heures les accidents acquièrent une gravité extrême, et les malades succombent dans un état de profonde adynamie, entremêlé de lipothymies et de syncopes. Quelquefois des plaques gangréneuses ou des taches de nature scorbutique se trouvent en même temps disséminées sur diverses parties du corps.

Il ne faut pas oublier que cette affection a souvent une expression symptomatique très incomplète et que les accidents généraux seuls peuvent la faire soupçonner. C'est ainsi qu'on a vu manquer la toux, l'expectoration, la douleur et même la fétidité de l'haleine. Quant aux phénomènes stéthoscopiques, la prostration du malade est telle, que souvent il est impossible de les rechercher. Ils se bornent en général à des râles humides, à du souffle tubaire et de la bronchophonie, et offrent en outre les signes habituels du pneumothorax dans les cas où la gangrène a amené la perforation du poumon, comme Ferrus en cite un exemple (1).

Le pronostic de la gangrène pulmonaire chez les aliénés peut être regardé comme constamment mortel. Cependant Guislain a parlé de mélancoliques qui, à la suite de refus d'aliments, offraient une gangrène pulmonaire caractérisée

(1) *Gazette médicale*, 1836, p. 715.

uniquement par des crachats et la coloration particulière de la face, et guérissaient comme par enchantement dès qu'on les décidait à prendre de la nourriture. Comme M. Thore, je suis disposé à révoquer en doute dans les cas de ce genre, l'authenticité du diagnostic.

A l'autopsie, on a trouvé, comme pour la pneumonie, que le poumon gauche était plus souvent altéré que le droit : tous deux peuvent, d'ailleurs, être atteints simultanément. L'organe a une coloration noirâtre; lorsqu'on l'incise, il s'en écoule une sanie verdâtre, d'une odeur insupportable; dans certains cas, au lieu d'être diffuse, la gangrène se limite en foyers plus ou moins étendus dont les parois irrégulières, tomenteuses, baignent dans un liquide vert sale et fétide, et sont entourées quelquefois d'un tissu pulmonaire hépatisé.

3° *Phthisie pulmonaire.* — La plupart des auteurs ont parlé de la fréquence de la phthisie pulmonaire chez les aliénés. Mead et Lorry avaient déjà insisté sur ce point. Esquirol, sur 277 décès, en a rencontré 28 causés par la phthisie pulmonaire, et il considère les lypémaniaques comme principalement exposés à cette fatale complication, puisque sur 176, il en a trouvé 62 ayant succombé aux tubercules pulmonaires ou à la pleurésie chronique. D'après M. Calmeil (1), « les deux cinquièmes des aliénés qui meurent sont phthisiques : encore négligeons-nous, dit cet auteur, les tubercules d'un volume peu considérable, et qu'on ne découvre qu'après avoir beaucoup cherché dans les poumons : sur trente cas de phthisies pulmonaires, vingt fois on découvre des tubercules ou des foyers de suppuration des deux côtés de la poitrine; le poumon gauche est affecté seul plus souvent que le poumon droit. » J'ai constaté, comme beaucoup d'auteurs, la marche lente des tubercules pul-

(1) Calmeil, *Dictionnaire de médecine*, art. ALIÉNÉS.

monaires chez les aliénés, et le peu de réaction qu'ils déterminent : la plupart d'entre eux ne se plaignent pas, n'accusent aucune douleur, toussent à peine, et pendant fort longtemps conservent encore de l'embonpoint et de l'appétit sans que rien soit changé à leurs habitudes et à leur délire ; les maniaques continuent même à crier, à s'agiter, à déployer une grande force musculaire ; les mélancoliques roulent toujours dans le même cercle de fausses conceptions. Peu à peu cependant on les voit pâlir, maigrir, tomber dans le marasme et dans la fièvre hectique : la toux survient ainsi que la diarrhée, et alors les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation ne laissent plus aucun doute sur l'existence de la maladie ; mais en somme, chez les aliénés dont l'état mental est grave, les tubercules peuvent rester très longtemps méconnus, à moins que l'attention ne soit particulièrement dirigée sur ce point.

Quant à la fréquence extrême des tubercules chez les mélancoliques, j'avoue que la proportion donnée par Esquirol me semble un peu exagérée, et je n'ose regarder comme rigoureuse une statisque qui confond à la fois et les tubercules et la pleurésie chronique. Je me rangerais plus volontiers à la pensée de M. Calmeil, qu'en prenant des aliénés phthisiques au hasard, tels qu'ils se présentent dans chaque quartier d'une maison de fous, le plus grand nombre appartient à la démence. Et en effet, en résumant quatre-vingt-cinq autopsies publiées par M. Parchappe (1) d'individus atteints d'une démence plus ou moins avancée, et chez lesquels l'état maniaque ou mélancolique s'était effacé, je trouve douze décès à la suite de phthisie pulmonaire tuberculeuse, tandis que je ne rencontre qu'un seul fait de ce genre sur vingt-cinq cas de mélancolie aiguë.

(1) *Traité de la folie, observations particulières et documents nécroscopiques.*

ARTICLE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FOLIE.

Outre les lésions incidentes qui ont amené la mort, trouve-t-on chez les aliénés des altérations anatomiques constantes qui puissent rendre compte des troubles intellectuels observés pendant la vie; et chaque variété de folie a-t-elle sa lésion spéciale?

Dans l'état actuel de la physiologie, il est superflu de démontrer que l'encéphale est l'organe des facultés intellectuelles et des facultés morales, et que de toutes les parties de l'encéphale, c'est le cerveau et principalement les circonvolutions qui président aux opérations de l'esprit : aucun trouble intellectuel ne peut se produire sans que ces organes soient atteints directement ou indirectement. En vain on a dit que la folie était une maladie de l'âme, une maladie sans matière; l'âme immatérielle ne saurait être malade, et c'est par une étrange erreur de logique que certains spiritualistes ont cru devoir lui assigner des modifications pathologiques analogues à celles des organes et des fonctions de l'économie.

De ce que le siége de la folie est exclusivement cérébral, il ne résulte pas malheureusement que nous puissions, dans l'état actuel de la science, établir une relation constante entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions du système nerveux trouvées à l'autopsie. A ce point de vue spécial, deux grandes classes doivent être établies dans les maladies mentales : l'une, incurable, caractérisée par une lésion anatomique constante, le ramollissement de la couche corticale avec adhérence des méninges : c'est la paralysie générale ou folie paralytique; l'autre dans laquelle l'encéphale se trouve souvent altéré, mais jamais d'une manière constante et identique, et à laquelle appartiennent la manie,

la mélancolie, la monomanie, la démence, c'est-à-dire les vésanies proprement dites.

Si donc la paralysie générale est constituée au point de vue anatomique avec autant de rigueur et de précision que la pneumonie ou la fièvre typhoïde, il n'en est pas de même des autres formes de maladies mentales : nous aurons à étudier avec détail les lésions anatomo-pathologiques afférentes à chacune d'elles; disons seulement ici que ces lésions font quelquefois défaut, même dans les cas où les symptômes ont été fortement accentués, qu'elles sont très variables, très inégales; en un mot, que la division de la folie que nous avons donnée n'est nullement légitimée par l'anatomie pathologique.

C'est ainsi qu'après avoir rapporté trente-huit autopsies de folie aiguë se manifestant par l'état maniaque ou par l'état mélancolique, M. Parchappe (1) arrive à reconnaître qu'il y a une analogie aussi grande que possible, sinon parfaite, entre les altérations cérébrales constatées dans ces deux états; l'hypérémie, les ecchymoses sous-arachnoïdiennes, l'injection pointillée de la substance blanche, la coloration en rouge de la couche corticale, les épaississements et l'infiltration des méninges se rencontrent avec une égale fréquence et dans la manie et dans la mélancolie : aucune de ces altérations prise isolément n'a de valeur spéciale; considérées dans leur ensemble, elles permettent seulement d'affirmer que la folie aiguë est étroitement liée à l'hypérémie du cerveau.

Quant à la stupeur mélancolique, on a essayé de la rattacher à un état organique spécial, l'œdème cérébral; mais c'est là un essai digne d'intérêt auquel il manque malheureusement une démonstration plus rigoureuse que celles qui ont été données jusqu'ici. La monomanie, les hallucinations

(1) Parchappe, *Traité de la folie*, p. 45.

sont incontestablement les états qui s'accompagnent le moins fréquemment d'altérations encéphaliques de quelque valeur, et en présence de la complexité du délire on se trouve étonné et déconcerté de la nullité des résultats anatomiques.

Dans la folie chronique, dans la démence, s'observe souvent une atrophie cérébrale qui est en général en raison directe de la dégradation de l'intelligence, et qui nous présentera des particularités dignes d'intérêt, mais cette altération n'est pas constante ; elle-même s'associe à des épaississements et à des granulations des méninges, à des indurations, à de l'hypérémie, plus souvent à de la décoloration de la substance corticale.

En résumé, il est des vésanies qui ne laissent après elles aucune trace sur le cadavre. La plupart, il est vrai, s'accompagnent d'altérations encéphaliques, mais ces altérations sont trop variables par leur nombre, leur importance et leur étendue, pour pouvoir en aucun cas expliquer suffisamment les symptômes observés pendant la vie. Tout en ayant la certitude que les troubles fonctionnels de la folie ont le cerveau pour siége, nous ignorons leur nature intime, et nous sommes arrêtés, dans ce sujet difficile, par d'étroites limites que des investigations ultérieures finiront sans doute par reculer. Le microscope, qui a déjà rendu tant de services dans l'étude de la paralysie générale, ne nous a rien dit encore sur l'état des tubes nerveux, des cellules nerveuses et du parenchyme cérébral dans la manie et la mélancolie ; nous ne savons rien sur la quantité d'eau, peut-être variable, contenue dans le cerveau, sur l'état des principes chimiques qui entrent dans sa composition. Voilà tout autant de points qu'il faudrait examiner à l'aide des moyens rigoureux que la science met à notre disposition, et tant que ce travail si étendu et si complexe n'aura pas été fait, personne n'aura le droit de dire qu'il ignore la nature intime et la cause de la folie. Bien plus, en voyant des formes de délire aussi distinctes

que la manie, la mélancolie, la monomanie dans leurs formes typiques, je ne puis croire qu'une même lésion élémentaire préside à des troubles si distincts, et je suis disposé à admettre à priori, dans chacune de ces formes, quelque chose de spécial au point de vue anatomique.

ARTICLE V.

DIAGNOSTIC DE LA FOLIE.

Le diagnostic de la folie repose : 1° sur l'examen direct du malade, 2° sur ses antécédents.

Une connaissance approfondie des symptômes de la folie est sans doute la meilleure condition pour arriver promptement à un diagnostic sûr; mais si l'on veut éviter de se perdre au milieu de questions oiseuses et embarrassées, il faut y joindre encore une certaine méthode dans le mode d'interroger et d'examiner. Cette méthode ne peut suppléer au tact médical, fruit de l'habitude et de l'expérience, mais elle sert de fil conducteur et empêche de s'égarer trop loin.

Les malades autres que les aliénés vont d'eux-mêmes trouver le médecin; ils indiquent le point douloureux, ils énumèrent leurs souffrances; ils racontent le début de la maladie, sa marche, sa durée et toutes les circonstances qui l'ont accompagnée. Ici rien de semblable, puisqu'un des premiers caractères de la folie est de s'ignorer elle-même, et que l'aliéné proteste constamment contre la désignation de malade qui lui est attribuée : il faut donc l'examiner sans sa participation et souvent même malgré lui.

Mis en présence d'un aliéné, le médecin doit, avant tout interrogatoire, prendre une idée exacte de l'état extérieur de son malade; le geste, l'attitude, le regard, l'expression des traits, l'état des vêtements, rien ne doit lui échapper, car chaque indice extérieur a sa valeur. Ce premier coup d'œil suffit déjà pour constater si le sujet est déprimé ou

excité, s'il est au contraire dans un état normal d'activité.

Une fois cet examen terminé, on procède à l'interrogatoire. On demande au malade son nom, son âge, son lieu de naissance, s'il est marié, s'il a des enfants. On s'informe de sa profession, des gains qu'il peut réaliser, de sa manière de vivre. Est-il bon ouvrier? quels sont ses projets pour l'avenir? Les premières réponses permettent de constater l'état de la parole, le degré d'intelligence du sujet, l'intégrité ou l'affaiblissement de la mémoire, et il est rare qu'elles ne mettent pas sur la voie d'un trouble intellectuel, d'une idée délirante. L'exploration sera plus complète et plus approfondie dans le sens où l'on aura saisi quelque fâcheux indice. Si la mémoire semble atteinte, on demandera des dates, on fera faire des calculs relativement aux époques, aux distances; si des idées de persécution semblent se trahir, on suivra cette direction; on recherchera les hallucinations en examinant tous les sens. Il importe ensuite d'interroger le malade sur la nature du lieu où il se trouve, sur les causes qui l'ont fait séquestrer et lui ont fait quitter son domicile, sa famille, ses occupations. La manière dont il apprécie sa situation jette le plus grand jour sur son état mental et révèle quelquefois des idées délirantes jusque-là cachées. Quand l'aliéné se tient sur la défensive, on essaye de gagner sa confiance en semblant accepter ses idées, en se montrant prêt à prendre sa défense dès qu'on sera éclairé sur les détails de sa position. Si ce moyen échoue, on peut chercher à l'irriter, mettre en doute sa véracité, l'accuser d'être venu à l'hospice par paresse; la colère lui fera quelquefois trahir involontairement sa pensée. Enfin, s'il refuse obstinément de répondre ou si ses réponses laissent du doute dans l'esprit, il est bon de suspendre provisoirement tout diagnostic et de ne revenir au malade qu'après l'avoir fait observer plusieurs jours : des surveillants intelligents et expérimentés, vivant au milieu des aliénés, rendent sous ce rapport au médecin

les plus grands services; avec de l'habitude, ils arrivent à saisir des nuances, à constater des faits qui ne se produisent que d'une manière passagère dans le cours de la journée, et leurs renseignements, quelquefois même leurs appréciations, ne sont jamais à dédaigner.

L'examen des fonctions organiques, du pouls, de la langue, du sommeil, des digestions, des fonctions respiratoires, se fera suivant la méthode ordinaire, en se souvenant que chez les aliénés les réactions sont moins vives, et que la constatation des maladies organiques exige une attention plus soutenue; un mouvement fébrile qui ne s'explique pas par l'intensité du délire, est le premier symptôme qui doit donner l'éveil et faire soupçonner l'existence d'une complication.

Le complément indispensable de l'examen d'un aliéné, complément sans lequel il est souvent impossible d'établir un diagnostic, consiste dans la recherche exacte des antécédents et des symptômes qu'il a offerts avant d'être présenté au médecin. Existe-t-il des aliénés dans la famille? quelles sont les causes probables de la maladie? quels sont les premiers symptômes qui ont fait soupçonner un trouble intellectuel? quelles sont les extravagances qui ont motivé la séquestration? Le malade a-t-il commis des actes de violence? a-t-il eu des idées de suicide? Le médecin doit d'ailleurs se tenir en garde contre les appréciations qui lui sont soumises, surtout lorsqu'il s'agit de parents consanguins du malade, qui souvent, portant en eux des traces encore peu accentuées, mais non douteuses, de l'influence héréditaire, jugent de la manière la plus fausse et la plus singulière les faits qu'ils ont été à même d'observer. M. Moreau a insisté avec raison sur cette particularité (1). Il y a plus que de l'erreur, dit-il, dans leur manière de voir, mais bien une véritable adhésion aux idées délirantes du malade, adhésion qu'ils ne s'avouent

(1) *Psychologie morbide*, p. 181.

pas à eux-mêmes, dont ils n'ont pas conscience, puisqu'ils condamnent ces mêmes idées, mais qui ressort évidemment de l'opiniâtreté avec laquelle ils nous contredisent lorsque nous leur disons avec franchise et sans détour ce que nous en pensons. C'est là un élément d'erreur que l'on reconnaît bien vite, mais qui n'est pas une des moindres difficultés que le médecin a plus tard à surmonter dans la direction de ses malades, lorsqu'il s'agit de faire prévaloir une opinion prudente et raisonnée.

CHAPITRE VI.

Traitement. — Traitement préventif.

Traitement curatif. — Agents moraux : isolement, direction morale et intimidation ; travail, voyages, influence religieuse, musique et spectacles. — Agents physiques : moyens pharmaceutiques, alimentation, alimentation forcée ; moyens mécaniques répondant à certaines indications : malades à idées de suicide, onanistes, gâteux, agités. — Du *no-restraint*.

ARTICLE I.

TRAITEMENT PRÉVENTIF.

L'influence considérable des causes prédisposantes, et surtout de l'hérédité, dans la production de la folie, atténue beaucoup l'efficacité du traitement préventif ; néanmoins il ne faut pas regarder la prédisposition héréditaire comme fatale, même chez ceux qui, dès leur âge le plus tendre, présentent ces bizarreries de caractère, ces anomalies intellectuelles qui sont l'indice d'un vice congénital du système nerveux. Malgré des conditions aussi fâcheuses, on peut tenter avec succès de prévenir l'explosion de la folie, si l'on sait mettre en œuvre toutes les ressources d'une saine hygiène et d'une direction morale prudente.

Pendant leur enfance, les sujets prédisposés seront conduits avec fermeté et douceur ; sans lutter violemment avec eux, on aura soin de ne pas les gâter par la satisfaction de tous leurs désirs ; on les éloignera d'un travail intellectuel excessif, mais aussi on les prémunira contre l'oisiveté et la paresse, qui aident au développement des mauvais instincts ; on se gardera bien d'éveiller dans leur cœur les passions de l'enfance, comme la jalousie, l'amour-propre, l'émulation, et pour peu qu'ils présentent dans leurs allures quelque chose d'anormal, on évitera de les mettre en contact avec d'autres écoliers dont l'œil perspicace a bientôt saisi leur côté faible pour en faire l'objet d'incessantes railleries. Plus tard il importe de choisir pour eux une carrière qui n'exige pas des préoccupations intellectuelles trop vives et qui permette en même temps un exercice corporel suffisant : sous ce rapport, la vie agricole offre d'incontestables avantages, et l'on ne saurait trop vivement la conseiller. Dirons-nous encore qu'il faut éviter pour ces sujets les émotions morales, les excès alcooliques et vénériens, les insomnies, les fatigues de toute sorte? Ces préceptes sont excellents sans doute, mais les individus prédisposés portent en eux-mêmes des germes qui rendent souvent leur exécution bien difficile ; tantôt dominés par une impressionnabilité nerveuse excessive, tantôt entraînés par l'ardeur et la mobilité de leurs idées, ils courent au-devant des émotions et se laissent aller à une existence irrégulière qui hâte l'explosion des troubles intellectuels. Comment d'ailleurs, à moins de circonstances bien exceptionnelles, éviter d'une manière absolue les ennuis, les préoccupations qui suivent tout homme à mesure qu'il avance dans la vie? Aussi, sans être illusoire, la prophylaxie de la folie présente encore de ce côté bien des incertitudes et des impossibilités.

Chez les femmes prédisposées aux vésanies par leurs antécédents héréditaires, leurs maladies antérieures, ou par

une susceptibilité nerveuse portée à l'excès, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, peuvent avoir sur le cerveau le retentissement le plus funeste : aussi celles qui se trouvent dans de semblables conditions devront remplir avec le moins de rigueur possible les fonctions de la maternité, et le degré de la prédisposition devra régler à lui seul la latitude qui leur sera laissée à cet égard. Si on les marie, on se gardera de le faire d'une manière hâtive et l'on attendra que l'organisme ait atteint tout son développement; si elles deviennent grosses, elles seront entourées pendant leur grossesse, et au moment de l'accouchement, de précautions infinies, et on ne leur permettra d'allaiter que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Enfin le médecin, connaissant les inconvénients des grossesses trop fréquentes et des avortements répétés, ne craindra pas de formuler sur ce point délicat des conseils dont l'importance ne saurait être méconnue (1).

Quant au moyen d'atténuer chez les descendants les funestes effets de l'hérédité, il consiste essentiellement dans des croisements bien assortis. Lorsque dans un mariage l'un des deux sujets au moins jouit par lui-même et par ses ascendants d'une intégrité intellectuelle parfaite, il peut arriver qu'il contre-balance d'une manière heureuse, chez les enfants, les fâcheuses conditions de l'autre parent, et des croisements successifs finissent ainsi par ramener la race à son type normal.

ARTICLE II.

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif de la folie comporte l'emploi d'une foule d'agents thérapeutiques que nous distinguerons, selon

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, p. 390.

l'usage, en agents moraux ou intellectuels et en agents physiques. Ces deux sortes de modificateurs concourent à un même but, et leur action se confond parfois si intimement qu'il est difficile de leur assigner une limite exacte. Le travail n'est-il pas un moyen de traitement à la fois physique et moral? N'en est-il pas de même de la douche, de l'isolement, des voyages?

C'est qu'en effet, chez l'aliéné plus que chez tout autre malade, la liaison entre l'état somatique et l'état intellectuel est si intime, que les indications, pour être complètes, doivent se tirer à la fois et de l'un et de l'autre. Dans la cure des maladies autres que la folie, le médecin ne doit pas se borner à faire chaque jour sa prescription, il faut qu'il surveille l'hygiène de son malade, qu'il donne une bonne direction à son genre de vie; qu'il sache au besoin le consoler, l'encourager, relever ses forces morales, et amener ce calme d'esprit qui contribue si puissamment à la guérison des maladies du corps. Ces mêmes conditions doivent être remplies à un plus haut degré encore dans le traitement de la folie; ici tout doit concourir vers un but thérapeutique, la personne du médecin, les aides, les surveillants, la disposition des bâtiments consacrés aux malades, les soins de chaque jour, la direction morale tout aussi bien que les agents pharmaceutiques. A tous ces moyens il faut encore ajouter le temps et la persévérance; à part quelques heureuses exceptions, les résultats obtenus dans le traitement de la folie ne viennent qu'avec lenteur : ce n'est pas en accumulant les remèdes, en recourant avec insistance aux moyens énergiques qu'on accélère la guérison; il est bon, en certains moments, de savoir s'arrêter, de laisser la maladie s'user d'elle-même, et après une sage temporisation, s'il existe un état trop longtemps stationnaire, d'intervenir de nouveau, en choisissant son moment et se ménageant les chances les plus favorables.

Le traitement curatif, avons-nous dit, s'appuie sur des *agents moraux* et sur des *agents physiques*.

Parmi les agents moraux, nous étudierons l'*isolement*, la *direction morale* et l'*intimidation*, le *travail*, les *voyages*, l'*influence religieuse*, la *musique* et les *spectacles*.

Les principaux agents physiques sont : les *moyens pharmaceutiques*, l'*alimentation*, l'*alimentation forcée*, puis certains *agents mécaniques* répondant à quelques indications spéciales selon que les malades ont des idées de *suicide*, sont *onanistes*, *gâteux* ou *agités*.

Enfin, comme complément de cette étude nous aurons à examiner dans un prochain chapitre les conditions que doit remplir un asile d'aliénés.

§ 1er — Agents moraux.

1° *Isolement*. — L'isolement de l'aliéné, et par ce mot nous entendons son séjour dans une maison spéciale, loin de sa famille, est une condition rigoureusement nécessaire, sans laquelle, dans l'immense majorité des cas, le traitement ne peut être entrepris avec quelque chance de succès.

L'aliéné qui reste au milieu des siens ne tarde pas à prendre en aversion tous ceux qui l'entourent. Chacun des incidents de la vie privée devient pour lui une cause d'inquiétude et d'agitation; la vue de sa maison, de ses enfants, de ses parents les plus proches, ranime ses idées délirantes et leur donne une fécondité nouvelle. Veut-on s'opposer à ses extravagances, lui faire suivre un traitement, il se révolte contre ces ordres et ces prohibitions, et se sentant maître chez lui, redouble de colère et s'oppose avec violence aux volontés qu'on veut lui imposer. Placez au contraire ce malade dans une maison étrangère, au milieu de visages inconnus : la vue d'objets nouveaux, l'émotion, la surprise, font une utile diversion et rompent la chaîne des idées déli-

rantes; les préoccupations d'affaires, les soucis du ménage, s'éloignent et s'effacent; en présence d'étrangers, le malade cherche à se maintenir et accepte, bien qu'avec répugnance, des conseils et des ordres, qui, venant de la part des siens, auraient provoqué de violentes explosions.

L'expérience démontre chaque jour le soulagement immédiat que l'isolement apporte dans l'état des aliénés; eux-mêmes parfois le reconnaissent, ayant le sentiment du mal qu'ils font chez eux et de l'impression douloureuse que leur cause la vue des personnes les plus chères : bientôt sans doute ce sentiment s'efface et est remplacé par l'ennui; mais l'ennui réveille les sentiments affectifs; il porte les malades à réfléchir, les force à envisager leur situation avec plus de sang-froid, et les rend plus attentifs aux exhortations qui leur sont adressées : aussi, privés de point d'appui, isolés du monde extérieur, ceux qui dans le sein de leur famille étaient ingouvernables, redeviennent bientôt souples et dociles.

Le séjour au milieu d'autres malades, que des préjugés tendraient à faire regarder comme nuisible, contribue au contraire à cette salutaire influence de l'isolement : si les aliénés n'ont pas conscience de leur état, la plupart se rendent néanmoins très bien compte de la situation mentale de ceux qui les entourent, et le rapprochement de leurs propres idées délirantes avec celles de leurs compagnons d'infortune est propre à fixer leur attention. Ajoutons qu'une règle commune, que des habitudes invariables imposées à toute une population, entraînent nécessairement les nouveaux arrivés, qui, sans même s'en douter, suivent le courant et laissent insensiblement substituer à leur volonté maladive la volonté du médecin qui les dirige. Enfin, dans une réunion de malades, les convalescents encouragent les autres, et la vue de ceux qui guérissent et qui sont rendus à leur famille rend à tous la confiance, surtout quand une direction morale intelligente sait faire ressortir aux yeux des plus opiniâtres

les faits capables de relever leur courage et de changer le cours de leurs idées.

Pour les aliénés, l'isolement et la vie en commun sont deux conditions qui influent utilement sur l'état moral, et qui seules rendent applicables les moyens purement thérapeutiques. Ajoutons que la sécurité du malade et l'intérêt de la société rendent dans beaucoup de cas rigoureusement nécessaire l'isolement dans un asile spécial.

Un malade a des idées de suicide. Quel que soit le dévouement de ses proches, il est impossible que la surveillance s'exerce sur lui avec une rigueur suffisante, s'il vit dans sa maison, jouissant à peu près de sa liberté et pouvant à chaque instant déjouer les soins de ceux qui l'entourent. Un asile construit avec les précautions voulues, des gardiens expérimentés, une surveillance incessante, pourront seuls donner quelque sécurité. Celui-ci a des idées de haine envers divers membres de sa famille; il les menace, il a des pensées homicides, il cherche à incendier. Celui-là est un maniaque violemment agité, qui crie, vocifère, brise tous les objets qui sont à sa portée, et dans sa fureur ne s'arrête devant aucun obstacle. La sûreté commune, la sécurité des malades eux-mêmes exigent impérieusement qu'ils soient retranchés de la société qui, tout en leur devant des soins, se trouve vis-à-vis d'eux dans le cas de légitime défense. Il en est de même de ces aliénés dissipateurs qui en peu de jours dépenseraient follement leur fortune et celle de leurs enfants, si l'on ne mettait un terme à leurs prodigalités incohérentes.

Le médecin rencontre ordinairement une assez vive opposition dans les familles toutes les fois qu'il conseille l'isolement. Il a beau mettre en avant l'impossibilité de soigner efficacement le malade dans son domicile et les accidents qui peuvent se produire; on recule, on temporise, on craint d'irriter le malade, de s'attirer pour plus tard des reproches et son aversion, et devant cette idée pénible de séparation,

on se laisse guider par un sentiment d'affection légitime, mais mal raisonné. Les familles bien placées et dont les relations sont étendues, redoutent le scandale qui résultera du placement d'un de leurs membres dans un asile, comme si les extravagances d'un aliéné qui reste chez lui et jouit d'une certaine liberté, n'attiraient pas bien vite l'attention du public et ne donnaient pas en peu de temps une notoriété complète à un état mental dont on s'efforce en vain de cacher l'existence. Le médecin doit combattre pied à pied toutes ces objections, et dans les cas urgents emporter d'autorité une décision qui trop souvent n'est prise que fort tard, après de longues discussions et des essais infructueux de traitement pendant lesquels la maladie mentale devient plus tenace, plus grave et perd une partie de ses chances de guérison.

L'isolement une fois établi, doit-il être maintenu pendant toute la durée de l'affection ? A quelques exceptions près, le malade ne peut rentrer au milieu des siens que lorsque la convalescence est complète; mais bien avant ce moment, pour peu que le calme soit revenu, le médecin pourra permettre quelques visites des amis et de la famille. Sur ce point il est difficile de tracer des règles de conduite absolues, car il faut avant tout se laisser guider par l'état du sujet, par l'impression que lui causent les entrevues, par le résultat des premières tentatives qui doivent être faites avec beaucoup de réserve et de précaution, et qui dans tous les cas seront présentées au malade comme un encouragement, comme une récompense pour sa docilité et ses efforts. Les visites seront éloignées et même défendues toutes les fois qu'elles ravivent d'anciennes idées délirantes; elles pourront au contraire être utiles pour réveiller les sentiments affectifs, quand la période aiguë de la maladie ayant cessé, il reste de la torpeur, de l'indifférence, de l'apathie. Le médecin, dans cette appréciation délicate du degré d'isolement néces-

saire, devra envisager avec réflexion toutes les circonstances afférentes à chaque fait en particulier, et dans les cas douteux se guidera d'après les résultats d'une prudente expérimentation.

Je n'hésite pas à admettre qu'il existe quelques exceptions à cette loi que nous venons de poser, de la nécessité de l'isolement dans le traitement de la folie. Lorsqu'un accès de folie ne se présente pas avec un appareil symptomatique trop formidable, lorsqu'on espère qu'il sera de courte durée, il est bon de ne pas agir avec trop de précipitation, d'autant plus que certaines natures molles, craintives, incapables de réaction, éprouvent, lorsqu'elles sont enlevées à leur milieu habituel, un tel état de prostration intellectuelle et morale, que leur délire peut s'étendre et arriver promptement à la stupeur ; d'un autre côté, quelques malades, obsédés par l'idée de sortir de l'asile où ils sont renfermés, ne pensant qu'à ce désir, dirigeant de ce côté toutes les forces vives de leur esprit, se précipitant aux portes, aux fenêtres et partout où ils voient une issue, éprouvent un soulagement très notable lorsqu'on les rend à la liberté. Ces cas, sans aucun doute, sont exceptionnels, mais le médecin ne doit pas ignorer qu'ils existent, et il doit s'efforcer de les discerner.

A côté de l'isolement dans un asile spécial, je dois dire un mot de l'isolement dans une maison destinée à un seul malade et disposée d'une manière convenable. Ce mode de traitement sans doute est applicable, mais il nécessite des frais tellement considérables, que bien peu de personnes peuvent l'accepter. Il ne donne pas d'ailleurs les avantages de l'ordre, de la discipline, de la vie en commun que l'on rencontre dans l'asile.

Quel que soit le mode d'isolement employé, il est fort difficile de préciser le moment où l'on doit le faire cesser chez les convalescents. En général on pèche plutôt par trop de précipitation que par trop de lenteur. Dans les asiles d'indigents,

à Bicêtre par exemple, le médecin a hâte de rendre à la liberté l'ouvrier soutien d'une famille nombreuse qui le réclame à grands cris et dont il est toute la ressource, et parfois une rechute est la conséquence de cet acte imprudent d'humanité. Mais, dans les cas ordinaires, le malade ne devra rentrer au milieu des siens qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois d'une convalescence solide, et même il sera utile, pour ménager la transition, de recourir soit à un voyage, soit à un séjour dans un lieu intermédiaire.

2° *Direction morale, intimidation.* — La direction morale des aliénés exige une grande patience, beaucoup de tact, de bonté et de fermeté. Autant que possible il faut éviter de les tromper et de leur faire des promesses impossibles à réaliser. Si le malade est en état d'apprécier ce qui lui est dit, il importe, après l'avoir écouté avec attention, après lui avoir témoigné de l'intérêt, de lui indiquer dès les premiers jours ses fausses conceptions, de lui rappeler les actes qui ont motivé son entrée dans l'asile, de lui faire comprendre avec les circonlocutions convenables qu'il est aliéné. Ceci étant fait, il est inutile de raisonner et de discuter ; la discussion prolongée irrite, donne plus de ténacité aux idées fausses, ou n'apporte dans l'esprit qu'une conviction passagère qui disparaît quand le médecin s'est éloigné. Mais pour obtenir de la confiance, de la docilité, pour imposer au malade certaines règles de conduite, pour le faire consentir à se soigner, il faut recourir à des moyens détournés, mettre en jeu chez lui l'amour-propre, l'espoir de la liberté, faire appel aux sentiments affectifs, saisir enfin le côté faible de chaque individu, et faire résonner les cordes qui vibrent encore. Avec les aliénés intraitables, le médecin doit, après quelques tentatives infructueuses, se tenir sur la réserve et affecter de l'indifférence ; souvent ce dédain simulé les porte à faire d'eux-mêmes quelques démarches ou les rend plus

sensibles aux avances qu'on leur fait plus tard indirectement.

Leuret, tout en mettant en usage avec une rare habileté l'ensemble des moyens que nous venons d'indiquer, a plus que tous les autres insisté sur un procédé qui acquit entre ses mains une valeur singulière, je veux parler de l'intimidation. « Vis-à-vis de certains malades, dit-il, il faut user » de rigueur; au lieu de les dissuader et de les consoler, il » faut s'attacher à provoquer en eux de fortes émotions. Le » raisonnement seul ne peut rien sur eux; il faut les attaquer » en face, ne leur faire aucune concession, les obliger à » reculer sans cesse, les forcer à parler sensément, et, dût-» on d'abord n'obtenir d'eux que des paroles arrachées » de leur bouche et réprouvées par leur esprit, il faudrait » encore les contraindre à prononcer ces paroles, car c'est » déjà beaucoup que de les obliger à céder sur ce point. » C'est, ajoute-t-il, une médecine active, perturbatrice, diffi-» cile à exercer, mais puissante, et qui dédommage par les » succès qu'elle procure des soins qu'exige sa pratique (1). » En vertu de ces principes, Leuret n'hésitait pas à conduire le malade sous la douche, à arracher, grâce à cet agent douloureux, des rétractations dont il faisait ensuite le point de départ de tous ses moyens d'action. On sait avec quelle persévérance, avec quel esprit ingénieux et fécond en ressources ce médecin attaquait et harcelait ses malades. Les observations qu'il a publiées font foi des succès importants qu'il a obtenus; cependant c'est là une méthode dont il ne faut pas exagérer la valeur. Prise dans son sens absolu, elle laisse sur un plan trop secondaire les agents thérapeutiques de l'ordre physique et tend à faire considérer l'aliéné non comme un malade, mais comme un homme qui se trompe et dont il faut redresser l'erreur, bon gré, mal gré. On peut sans

(1) *Mémoire sur le traitement moral de la folie*, lu à l'Académie royale de médecine le 21 août 1838.

doute forcer l'aliéné à dissimuler une idée délirante, on peut même ébranler chez lui une conviction maladive, mais ce n'est pas là le guérir. Tant qu'il conservera l'aptitude à délirer, une fausse conception disparue sera bientôt suivie d'une autre, et le plus souvent même, une fois le médecin éloigné, cette conception reparaîtra sous la même forme et avec la même intensité. Et d'ailleurs quelle prudence ne faut-il pas employer dans l'usage des moyens violents de répression? Comment préciser la limite où il faut s'arrêter sur cette pente dangereuse? Des efforts remarquables tentés par Leuret il reste cette conclusion pratique, que, pour certains monomaniaques, une révulsion morale utile et puissante peut être provoquée par l'intimidation, mais que l'action de ce moyen est très limitée et n'est applicable avec succès qu'à un petit nombre de cas récents dépourvus de toute complication.

3° *Travail.* — Le travail est pour les aliénés une ressource précieuse; il les distrait de leurs idées délirantes, et donne à leur attention une direction utile, mais il suppose déjà une certaine amélioration dans l'état mental, car le maniaque vivement agité, le mélancolique plongé dans la stupeur, sont incapables de se livrer à une occupation suivie : ce n'est guère qu'à la période d'état ou à la période de déclin que le travail devient possible.

Tous les genres de travaux ne conviennent pas également à tous les aliénés : les sujets appartenant à la classe aisée et ayant des professions purement intellectuelles s'habituent difficilement au travail manuel, quel qu'il soit. Pour ceux-là la lecture, la rédaction de quelque mémoire, de quelques lettres, sont les seules occupations facilement acceptées. J'ai remarqué également que les ouvriers des villes se prêtaient difficilement aux travaux agricoles, tandis qu'ils se rendaient plus volontiers dans les ateliers où ils peuvent exercer leur profession. Sans doute le travail dans les ate-

liers est une chose salutaire, et le médecin doit vivement le recommander, surtout pour les femmes, en raison de leurs professions généralement sédentaires; mais à tous égards rien n'égale le travail horticole et surtout agricole. Il permet aux malades de vivre en plein air et avec toute l'apparence de la liberté; il développe les forces musculaires, favorise les fonctions assimilatrices, et provoque le sommeil en fatiguant le corps. Institué vers 1834 par M. Ferrus, qui créa la ferme Sainte-Anne pour les aliénés de Bicêtre, le travail agricole a bientôt été appliqué sur une vaste échelle à Nantes, par M. Bouchet (1835), à Clermont (Oise), à Auxerre, et partout on lui a reconnu d'immenses avantages. Aussi la ferme doit être considérée comme une partie importante de tout établissement consacré aux aliénés, et les efforts des administrateurs tendent maintenant à donner à chaque asile cet indispensable complément : nous verrons que les colonies d'aliénés, telles qu'on a voulu les instituer, ne sont pas autre chose que cette idée poussée jusqu'à ses dernières limites.

Outre son efficacité thérapeutique, outre l'ordre et la discipline qu'il maintient dans un asile, le travail peut devenir pour le convalescent une ressource précieuse en lui permettant d'amasser un pécule qui excite son émulation et le met à l'abri de la misère pendant les premiers jours qui suivent sa sortie.

Enfin, à un point de vue économique plus général, un asile bien organisé peut, grâce aux résultats de son travail, subvenir en partie à ses besoins et diminuer les charges qu'il impose à la bienfaisance publique. C'est là un résultat qui ne peut être réprouvé ni par la morale, ni par l'humanité, pourvu qu'on conserve toujours au travail son caractère essentiellement hygiénique et qu'on ne perde jamais de vue le but médical d'une pareille institution.

4° *Voyages.* — Les voyages sont fort vantés dans le trai-

tement de la folie. Ils renouvellent les impressions, excitent l'intérêt par la vue d'objets inconnus, et peuvent faire une salutaire diversion à des préoccupations maladives, mais ils sont impraticables pour les agités et pleins de danger pour ceux qui ont des idées de suicide. On doit les réserver pour les sujets calmes, dont le délire tend à s'immobiliser et à rouler toujours dans le même cercle, dont les fonctions languissent : « J'ai constamment observé, dit Esquirol (1), que les aliénés sont soulagés après un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés, dont le site et l'aspect aient saisi leur imagination ; s'ils ont éprouvé les difficultés, les tracasseries, les contre-temps, les fatigues ordinaires aux voyageurs. » Les voyages agissent encore en excitant toutes les fonctions assimilatrices ; ils provoquent le sommeil, l'appétit et les sécrétions. Les convalescents qui craignent de rentrer dans le monde, où ils redoutent d'avoir à parler de leur maladie, sont moins inquiets après un voyage, qui est le sujet de leurs conversations avec leurs amis et leurs parents.

5° *Influence religieuse.* — On a beaucoup parlé de l'influence religieuse dans le traitement de la folie, mais aucun moyen n'est plus dangereux et n'exige plus de prudence dans son emploi ; les sermons, les confessions, les pratiques de dévotion ne conviennent en aucune façon dans la période aiguë de la folie : ou elles laissent le malade indifférent, ou elles l'exaltent et donnent à ses idées délirantes une tournure religieuse qui ne fait qu'augmenter leur gravité. Mais, pendant la période de convalescence, chez les sujets ayant antérieurement des habitudes de piété, le médecin, surtout si le délire ne portait pas sur des objets religieux, autorisera sans crainte des pratiques qui amèneront avec elles de la sérénité dans l'esprit et un sentiment réel de consolation et

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. I^er^, p. 489.

de satisfaction intime; on comprend combien le choix d'un prêtre sage et éclairé a d'importance en pareil cas.

6° *Musique et spectacles.* — On a préconisé singulièrement l'influence heureuse de la musique et des spectacles, mais ce sujet a été envisagé avec un enthousiasme irréfléchi qui est bien loin de concorder avec les résultats de l'expérience. La musique n'a jamais guéri un seul aliéné, il en est même dont elle redouble l'anxiété ou qu'elle exalte visiblement ; si l'on doit la permettre ou l'encourager, c'est uniquement à titre de distraction et après s'être assuré qu'elle ne produit aucune impression fâcheuse. Dans quelques grands asiles, comme à Gand, à Quatre-Mares, j'ai vu fonctionner avec un succès remarquable des écoles de musique, qui ont le grand avantage d'occuper les aliénés, de fixer leur attention, d'exciter leur intérêt et leur émulation ; si la musique ne guérit pas, elle distrait, et par conséquent elle soulage. Elle apporte quelque allégement à la douleur physique et morale, elle est évidemment utile aux convalescents.

Quant aux représentations théâtrales dans lesquelles les aliénés sont appelés à jouer un rôle, ou dont ils sont simples spectateurs, c'est là une forme de distraction presque complétement abandonnée, et avec juste raison, car elle excite les maniaques et constitue un véritable supplice pour les mélancoliques, tant ces plaisirs sont peu en harmonie avec leurs dispositions morales. Esquirol s'est élevé avec force contre les abus auxquels ces représentations avaient jadis donné lieu à Charenton, et a démontré leur inutilité et leur danger (1).

§ 2. — Agents physiques de traitement.

1° Agents pharmaceutiques.

Un très grand nombre d'agents thérapeutiques sont mis

(1) Esquirol, p. 580, 586.

en usage dans le traitement de la folie; nous nous bornerons sur ce sujet à une énumération succincte, de peur de tomber dans les généralités de la matière médicale.

1° *Toniques.* — L'état général de l'individu, quelle que soit la forme de la maladie mentale, doit fournir les premières indications thérapeutiques. Aux sujets cachectiques, offrant tous les symptômes de l'anémie ou de la chlorose, on donnera des toniques de toute nature, du quinquina, des préparations ferrugineuses, de l'huile de foie de morue, de l'iode, associés à une nourriture substantielle, et en ayant soin de varier les doses selon la tolérance des sujets. Dans une foule de circonstances, le retour de l'embonpoint et des forces physiques est suivi d'une amélioration notable dans l'état intellectuel, et démontre chaque jour la vérité de l'antique axiome : *Sanguis moderator nervorum.*

2° *Émissions sanguines.* — Il est infiniment plus rare de voir la pléthore dominer l'état pathologique de l'aliéné. Aussi la plupart des médecins sont-ils très réservés sur l'emploi des *émissions sanguines*, et dans de grands hôpitaux, des années entières peuvent s'écouler sans qu'il ait été pratiqué une seule saignée générale; j'excepte, bien entendu, les cas de congestions cérébrales qui peuvent se développer dans le cours de la paralysie générale, et qui nécessitent parfois de larges pertes de sang. Habituellement la saignée exalte le maniaque et déprime le mélancolique, et sans la proscrire d'une manière absolue, je crois qu'il faut la réserver pour des cas exceptionnels. Quant aux émissions sanguines locales, employées avec réserve, elles rendent de grands services. Chez les maniaques jeunes, vigoureux, dont la face est vultueuse et l'œil brillant; chez les mélancoliques qui ont la peau congestionnée, les lèvres livides et la respiration anxieuse, des ventouses scarifiées ou des sangsues placées à la nuque, aux apophyses mastoïdes ou au siége, amènent une détente très notable : chez les hémorrhoïdaires qui ont cessé

de perdre du sang, chez les femmes dont la menstruation est supprimée ou qui se trouvent à l'âge de retour, rien n'est utile comme ces hémorrhagies supplémentaires, que l'on détermine artificiellement chaque mois en plaçant pendant deux ou trois jours des sangsues en petit nombre et d'une manière successive au pourtour de l'anus ou à la partie supérieure des cuisses.

3° *Balnéation.* — Les bains s'emploient, mais sous des formes variées, dans la plupart des cas de folie; disons dès à présent qu'ils constituent à la fois et un moyen hygiénique et un moyen thérapeutique.

Comme moyen hygiénique, le bain entretient la propreté chez des sujets peu soigneux de leur personne, il délasse le malade agité, et facilite les excrétions de la peau. Comme agent thérapeutique, il diminue l'éréthisme du système nerveux, amène du calme, du bien-être, et rétablit le sommeil. Le bain, nous le verrons à propos de la manie, peut varier beaucoup sous le rapport de sa durée et de sa température : le bain tiède convient aux cas aigus dans lesquels la peau est souple et halitueuse, tandis que le bain frais à 20 ou 22 degrés centigrades est appliqué avec plus de bonheur lorsque la maladie est stationnaire, et que le délire, inégal, irrégulier, s'accompagne d'une excitation passagère alternant avec des moments d'affaissement et de stupeur.

Je ne parle que pour mémoire des bains de surprise qui consistaient à précipiter dans l'eau les aliénés d'un lieu plus ou moins élevé, moyen bizarre imité du saut de Leucade conseillé dans l'antiquité à ceux qui étaient devenus fous d'amour, et qui, après avoir été employé dans la rage et dans la folie, est, avec juste raison, complétement tombé en désuétude.

Quant aux *pratiques hydrothérapiques*, qui depuis un petit nombre d'années seulement sont entrées dans la pratique médicale, on ne peut méconnaître les immenses services

qu'elles rendent chaque jour dans le traitement de presque toutes les formes de maladies mentales. Elles rétablissent les digestions, donnent une nouvelle activité aux sécrétions de la peau, et modifient ces anomalies des fonctions nerveuses que l'on observe chez la plupart des aliénés. Je ne crois pas, d'ailleurs, qu'au point de vue spécial qui nous occupe, toutes les pratiques hydrothérapiques aient une égale valeur. Les frictions avec l'éponge mouillée, suivies de frictions sèches et d'un exercice à pied capable de favoriser la réaction; plus tard, les affusions froides consistant en seaux d'eau projetés avec une certaine force sur les épaules, le dos et les membres inférieurs, pendant que les pieds sont plongés dans un pédiluve très chaud, sont des moyens qui joignent à une incontestable efficacité une grande simplicité dans le mode d'exécution. Les bains de pluie et les diverses douches n'ont qu'un inconvénient, celui de nécessiter des appareils spéciaux. Quant aux sudations dans le drap mouillé, elles sont d'une application beaucoup plus difficile avec des malades agités ou indociles, et au moment de la réaction elles déterminent un tel redoublement dans l'activité circulatoire, qu'il peut en résulter, chez les individus prédisposés, un danger réel au point de vue des congestions cérébrales.

Les *bains de mer*, souvent conseillés dans la période prodromique de la folie, et alors que les symptômes ne se sont pas encore nettement dessinés, m'ont toujours paru très dangereux; je n'hésite pas à conseiller la plus grande réserve dans leur emploi. J'ai vu plusieurs fois, chez des sujets névropathiques, l'explosion des troubles intellectuels se produire à la suite de l'excitation très vive et très profonde que détermine ce mode de balnéation.

La *douche* consiste en une colonne d'eau de diamètre variable, tombant d'une certaine hauteur sur la tête du malade. La douche est un puissant moyen perturbateur qui refroidit subitement la tête, ébranle profondément le système nerveux

et détermine une sensation très douloureuse. Elle peut par cela même amener des guérisons très rapides dans des cas aigus (1), mais on en a fait un très grand abus, soit en se servant d'une colonne d'eau trop large et trop élevée, soit en prolongeant l'action de ce moyen au delà de deux ou trois minutes, pendant un quart d'heure, une demi-heure, par exemple. Il ne faut pas oublier que la douche cause aux malades un vif sentiment d'indignation et de terreur; que la refrigération qu'elle amène est suivie au bout de quelques minutes d'une réaction très vive; enfin, que, forte et prolongée, elle peut déterminer une sidération mortelle, ainsi qu'on en a cité des exemples. Comme agent de traitement moral, la douche a été employée surtout par Leuret pour réprimer et punir, pour forcer au travail, pour briser une résistance, mais de nos jours ce moyen cruel et dangereux est presque tombé en désuétude. On se sert de douches moins puissantes, on les dirige non plus sur le cuir chevelu, mais sur tout le corps, selon les règles hydrothérapiques; enfin, on a recours à des moyens de répression dont toute douleur physique est soigneusement éloignée.

4° *Purgatifs.* — Les purgatifs ont été employés de tout temps dans le traitement de la folie, et personne n'ignore que l'ellébore était regardé par les anciens comme un spécifique contre cette affection. Ils agissent en combattant la constipation, qui est si commune chez les aliénés et qui retentit d'une manière si fâcheuse sur les symptômes nerveux, et souvent aussi comme révulsifs, en diminuant la congestion de l'encéphale. On peut recourir, soit aux purgatifs salins, soit aux purgatifs résineux comme l'aloès, qui, donné à petites doses congestionne la muqueuse rectale, favorise la menstruation et possède une action révulsive incontestable. Si le malade refusait le médicament, on aurait recours à des

(1) Rech, *De la douche et des affusions froides dans le traitement des affections mentales* (*Ann. méd.-psychol.*, 1847, p. 144).

substances insipides, comme le jalap, le calomel, la magnésie, qui peuvent être mêlées aux aliments, ou même dissimuler ces substances dans des bonbons spécialement préparés.

Si la constipation est persistante, il faut user modérément des purgatifs, qui finiraient par troubler les fonctions digestives, et recourir aux lavements simples et composés, et principalement aux lavements d'eau froide donnés chaque matin.

Les vomitifs ne sont utiles que dans la période aiguë de la folie, lorsque l'agitation est vive et se complique d'embarras gastrique. J'ai souvent observé chez les aliénés une sorte de tolérance pour l'émétique à dose vomitive, qui rend nécessaire l'adjonction d'une certaine quantité d'ipéca, si l'on veut que le médicament produise tout son effet.

5° *Révulsifs.* — Parmi les révusifs, nous citerons surtout les larges vésicatoires, le séton, le cautère et le moxa placés à la nuque ou même sur le sommet de la tête ; les frictions stibiées sur le cuir chevelu, qui, à côté d'une action énergique, ont l'inconvénient, lorsqu'elles sont mal dirigées, d'amener la destruction des bulbes pileux. En général, les révulsifs ne conviennent nullement au début et dans la période aiguë de la folie, mais ils sont utiles dans les délires qui tendent à s'immobiliser et à passer à l'état chronique, et s'accompagnent d'inertie et de stupeur. Ils le sont encore dans les affections périodiques, en jetant une perturbation salutaire dans le retour régulier des symptômes. Enfin toutes les fois que l'on redoute un état congestif habituel de l'encéphale, il ne faut pas craindre de provoquer une suppuration profonde et prolongée, car nous avons vu, à propos des phénomènes critiques, que des plaies, des anthrax, des abcès survenus spontanément, avaient amené dans des cas analogues une amélioration inespérée.

6° *Narcotiques et antispasmodiques.* — Les narcotiques et surtout l'opium trouvent leur emploi dans la plupart des formes de maladies mentales, et peuvent s'administrer sous

deux modes différents, à doses modérées, à doses très élevées. A doses modérées, l'opium est indiqué chez les sujets débilités, impressionnables, chez lesquels dominent l'insomnie et une grande mobilité nerveuse, et qui sont tombés malades à la suite de travaux intellectuels excessifs ou de préoccupations longtemps prolongées ayant amené peu à peu l'épuisement du système nerveux. En donnant chaque jour 8 à 12 centigrammes d'extrait thébaïque par pilules de 2 centig. prises toutes les deux heures, on arrive à ramener le sommeil, à tonifier le système nerveux, tout en diminuant sa sensibilité. La circulation se ranime, l'appétit reparaît; il y a plus d'activité et de lucidité dans les conceptions, de suite et d'animation dans les actes. Engelken a le premier proclamé les avantages de l'opium donné ainsi à doses réfractées, et Guislain en a précisé les indications (1). J'ai expérimenté moi-même les avantages de cette méthode, tout en reconnaissant, comme on l'avait fait déjà, qu'elle est nuisible toutes les fois qu'il y a céphalalgie, rougeur de la figure et tendance aux congestions.

A doses élevées, l'opium et les narcotiques agissent d'une façon toute différente, et en substituant pour ainsi dire un délire artificiel au délire primitif. M. Michéa (2), qui a employé avec une grande hardiesse la médication stupéfiante dans le traitement de la folie, élève graduellement les doses jusqu'à ce qu'il survienne des phénomènes psychiques d'intoxication, car la guérison ou l'amélioration ne surviennent en général que dans ces conditions. Dès qu'on voit le délire redoubler ou tendre à se généraliser, il faut suspendre l'emploi du remède, sauf à y revenir ultérieurement, si l'influence favorable de l'intoxication n'a point eu lieu du premier coup.

(1) *Leçons sur les phrénopathies*, t. III, p. 134.

(2) *Recherches expérimentales sur l'emploi comparé des principaux agents de la médication stupéfiante dans le traitement de l'aliénation mentale.* Paris, 1857.

L'opium et ses principes sont, d'après le même auteur, les substances narcotiques, qui comparativement ont le plus de puissance curative; la jusquiame vient après; la belladone a un peu moins d'action que la jusquiame; le datura stramonium et la mandragore marchent sur la même ligne.

La digitale, par son action spéciale sur le cœur, modère l'activité de la circulation, et peut aider à calmer une vive agitation. Cox l'a vantée outre mesure comme un des meilleurs remèdes contre la folie. Quant aux antispasmodiques, comme la valériane, l'éther, le camphre, ils répondent à quelques indications spéciales, mais leur action est trop fugitive pour servir de base à une méthode de traitement.

7° *Sulfate de quinine.* — Le sulfate de quinine a été vanté comme hyposthénisant dans les cas de vive excitation. On sait en effet qu'à haute dose ce médicament amène un ralentissement du pouls très notable; il détermine en même temps du tintouin, de la surdité et même des phénomènes cérébraux plus graves qui doivent détourner de l'administrer aux aliénés à des doses très élevées; mais comme antipériodique il jouit parfois d'une remarquable efficacité. Je l'ai employé avec succès dans des paroxysmes réguliers d'agitation survenant pendant le cours d'une manie ou d'une paralysie générale et simulant une fièvre intermittente à forme pernicieuse. Donné à la dose de 1 gramme par jour, il a pu, dans des cas de ce genre, arrêter le paroxysme et débarrasser la maladie première de cette grave complication. Dans la manie ou la mélancolie franchement intermittente, quelle que soit la longueur des périodes, il est moins efficace, et à côté de quelques succès on a noté bien des cas où il avait échoué complétement.

2° Alimentation.

L'*alimentation des aliénés* doit être soumise à certaines règles. A moins de complication fébrile, la diète est rarement indiquée; dans tous les cas il importe qu'elle soit peu

sévère et peu prolongée. Sans doute les paralytiques qui, arrivés à la troisième période, ont un appétit insatiable, engraissent beaucoup, et par cela même offrent une disposition spéciale aux congestions et à la pléthore, doivent être nourris de viandes légères, de légumes et d'aliments peu excitants, car chez eux le moindre excès de régime amène des complications fâcheuses; mais à part cette exception, il faut que l'alimentation des aliénés soit tonique et réparatrice. Les maniaques les plus agités, les mélancoliques, les monomaniaques ont besoin de repas réguliers et abondants dans lesquels les féculents ne doivent entrer que pour des proportions raisonnables ; ce régime est le seul qui puisse prévenir les diarrhées chroniques et le scorbut qui font encore tant de ravages dans certains asiles. M. Billod a remarqué qu'en doublant la ration de vin de ses malades, il prévenait les manifestations de la cachexie pellagreuse. Le médecin de l'établissement des quakers, près d'York, le docteur Thurnam (1), a fait ressortir dans ses tables statistiques l'influence qu'exercent les aliments trop peu nutritifs sur la longévité des aliénés. Il a pris pour point de départ une série d'établissements et les a groupés en deux catégories : dans l'une il a rangé ceux où le régime était convenable, dans l'autre il a compris ceux qui laissaient à désirer sous le rapport des aliments. Or, voici les résultats curieux auxquels il est parvenu. Il a constaté que là où les malades étaient bien nourris, on obtenait 43,70 guérisons sur 100 malades, tandis que dans les autres établissements la proportion n'était que de 37,75. Quant aux premiers, la mortalité était de 9,35 pour 100; pour les seconds, elle s'élevait à 14,54 pour 100. Le docteur Conolly rapporte qu'à Hanwell on est arrivé à un résultat qui confirme les calculs de M. Thurnam : la quantité de nourriture ayant été augmentée, les sorties, qui n'étaient que de 22

(1) Voy. Guislain, t. III, p. 309.

avant cette amélioration du régime, ont atteint le chiffre de 28, et la mortalité, qui était de 11,69, est descendue à 8,56. Ces faits, ajoute Guislain, sont concluants ; on les invoque chaque fois qu'il s'agit d'indiquer le régime auquel doivent être soumis les aliénés.

La préparation des aliments n'offre rien de spécial. Cependant, pour les paralytiques, pour les déments et les idiots qui avalent gloutonnement, mâchent à peine, et chez lesquels les muscles du pharynx n'ont plus leur contractilité normale, il est prudent de faire un grand usage de viandes hachées dont la déglutition est plus facile, et de ne donner une bouchée nouvelle que lorsque l'autre a franchi le pharynx. On évite de cette façon l'accumulation d'aliments dans l'arrière-gorge, ou l'introduction de morceaux volumineux qui s'engagent dans le larynx et déterminent la mort par suffocation.

Lorsque le malade refuse obstinément toute nourriture, il en résulte une complication très grave qui nécessite l'intervention active du médecin. Nous devons sur ce sujet entrer dans quelques développements.

3° Alimentation forcée.

Le refus d'aliments est un symptôme observé principalement dans le délire mélancolique général ou dans certains délires partiels. Il se rattache, soit à des hallucinations, soit à des conceptions délirantes : les malades perçoivent dans les aliments qu'on leur présente une odeur et une saveur empoisonnées, ou bien encore ils entendent une voix qui leur défend impérieusement de manger. J'ai vu une dame qui faisait d'incessantes difficultés pour prendre ses repas, parce qu'elle voyait sur son assiette, au milieu des aliments, des yeux qui la regardaient avec fixité. Quelques-uns se croient ruinés et refusent de manger, craignant de ne pouvoir payer leur nourriture ; d'autres sont poursuivis par des idées religieuses et s'imposent des jeûnes exagérés, d'autres, enfin,

en proie à des idées de suicide et ne pouvant réaliser leur projet à cause de la surveillance qui les entoure, ont recours au seul moyen qui reste à leur disposition, et ils en usent avec une persévérance et une volonté à peine croyables. Il n'est pas rare de voir des malades s'opposer à toute alimentation par suite d'idées délirantes hypochondriaques : leur estomac ne peut rien digérer, l'œsophage, la gorge sont bouchés ; ils n'ont plus d'intestins, plus de bouche, ils ne peuvent rien avaler ; ils sont morts, et n'ont plus besoin de nourriture.

En présence d'un malade qui refuse de manger, le premier soin du médecin doit être d'examiner le pouls, la langue et toutes les fonctions, et de voir s'il n'existe pas quelque lésion organique latente, avec ou sans mouvement fébrile, qui contre-indique une alimentation que le malade refuse alors par un véritable mouvement instinctif : aller plus loin sans cet examen préalable, serait commettre une faute grave.

Quand le malade rejette les aliments sous prétexte qu'ils ont une mauvaise saveur, comme cela arrive au début de la manie ou de la mélancolie, l'examen de la langue fait souvent constater des enduits bilieux ou muqueux qui sont bien évidemment le point de départ de cette illusion du goût, qu'un purgatif ou un vomitif, administrés à propos, font disparaître ; mais arrivons aux cas plus graves où le refus d'aliments est dégagé de toute complication et tient uniquement à des idées délirantes systématiques.

Le médecin doit commencer par user de toute son influence morale ; il doit prier et insister ; il promettra une visite désirée, une sortie, une faveur demandée depuis longtemps. Si la prière ne réussit pas, il aura recours à l'intimidation, déploiera un grand appareil de force, menacera de la douche, de la camisole, de la sonde, en fera une description exagérée, et donnera à ces menaces un commence-

ment d'exécution. Il recherchera dans l'entourage du malade, dans ses goûts et ses penchants, dans la nature du délire, les moyens de le convaincre et de l'émouvoir. Beaucoup finissent ainsi par céder sans qu'on ait besoin de recourir à des moyens violents. Une jeune fille très pudique, très réservée, soignée à Charenton et refusant toute nourriture, fut menacée, si elle persistait dans ses projets, d'être transportée et abandonnée au milieu du quartier des hommes. La terreur qu'elle éprouva fut si vive, qu'elle se mit à manger immédiatement.

Si tous ces moyens sont insuffisants, il faut user de patience et savoir attendre, en surveillant avec soin les effets plus ou moins rapides de l'inanition : les malades qui boivent souffrent beaucoup moins que ceux qui refusent à la fois de boire et de manger ; ceux qui ont de la force, de l'embonpoint, peuvent attendre plus longtemps, car chez eux la nutrition s'opère pendant quelques jours aux dépens des réserves de tissu adipeux. Si l'on reste dans une sage inaction, si on laisse le sujet perpétuellement en présence d'aliments souvent renouvelés, l'aiguillon de la faim finit par se faire sentir, et quelques-uns se mettent à manger d'eux-mêmes, surtout lorsqu'ils ne se croient pas surveillés.

Quand les malades mangent un peu, mais d'une manière irrégulière, il importe beaucoup de ne pas se laisser abuser par les apparences, et de se procurer des renseignements d'une exactitude précise sur la quantité d'aliments ingérés : l'alimentation insuffisante offre en effet de grands dangers, elle entretient une fausse sécurité, et laisse le malade dépérir peu à peu et arriver au terme extrême sans qu'on se soit décidé à recourir aux moyens réellement efficaces. L'accélération du pouls, l'amaigrissement, l'altération des traits, la fétidité de l'haleine, la diarrhée, indiquent que la situation est grave, et je ne conseillerai jamais d'attendre jusque-là avant de recourir à l'alimentation forcée ; en agissant de

meilleure heure on ne court aucun risque, et l'on se prépare des succès beaucoup plus certains.

L'alimentation forcée peut se faire à l'aide de divers procédés : 1° les uns consistent à introduire l'aliment par la bouche en écartant de force les arcades dentaires; 2° les autres permettent de porter les matières alimentaires jusque dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

1° Pour introduire de force les aliments par la bouche, il faut que le malade soit couché, la tête médiocrement élevée, les mains fixées soit par des aides, soit par la camisole; on se munit de deux cuillers de métal solide, à extrémité mousse et bien arrondie : l'une d'entre elles, poussée de bas en haut entre les arcades dentaires, les écarte par un mouvement qui doit être à la fois lent et énergique ; une fois introduite, elle est appliquée sur la langue, la convexité en haut, de manière à protéger et à maintenir efficacement cet organe tout en forçant la bouche à s'ouvrir ; pendant qu'un aide la maintient dans cette position, l'opérateur porte avec l'autre cuiller des aliments liquides jusqu'au fond du pharynx, et contraint le malade à déglutir, soit en obturant momentanément les narines, soit en pressant de haut en bas sur les côtés du larynx, soit enfin en appuyant avec la première cuiller sur la base de la langue.

Bien des instruments ont été imaginés pour compléter ce procédé que je viens de décrire dans toute sa simplicité. Quand les dents sont serrées convulsivement, on peut recourir, pour les écarter, à divers leviers soit de bois, soit d'acier, ou bien encore à des pinces articulées dont les mors, aplatis dans toute leur étendue, minces et étroits à leur extrémité et garnis à l'intérieur de lames de plomb, peuvent s'introduire entre les arcades dentaires et se maintenir écartés, lorsqu'on rapproche les deux poignées l'une de l'autre. On a aussi préconisé dans ce but l'usage d'un

cône d'ivoire muni d'un manche et sillonné d'une rainure en vis qui marche du sommet à la base; une fois qu'on a trouvé entre les dents le plus petit interstice pour y introduire la pointe de l'instrument, en saisissant la poignée et la faisant tourner sur son axe, on écarte les arcades dentaires avec une force irrésistible, et on les maintient dans la même position tant que dure l'introduction des aliments. Cet instrument, dont les voleurs anglais se servent pour faire sauter les portes, jouit d'une très grande puissance, mais il a l'inconvénient de glisser entre les dents avec trop de facilité.

Pour maintenir la bouche ouverte, on a proposé de remplacer les coins de bois ou de liége par un speculum oris composé de deux tenettes qu'une vis écarte et maintient immobiles. Enfin, pour introduire les aliments, on peut se servir, au lieu des deux cuillers, d'un biberon de métal dont on introduit le bec très allongé jusque dans l'arrière-gorge. Cet instrument, dont se servait M. Pussin, surveillant de la Salpêtrière sous Pinel (1), est dans quelques cas d'une réelle utilité.

Dans le but de satisfaire à la fois à ces deux indications, M. Billod et M. Belhomme ont imaginé un appareil unique, construit, d'ailleurs, d'après des principes analogues. M. Billod (2) emploie une sorte de speculum oris muni en arrière d'une gouttière métallique qui déprime la base de la langue, et en avant d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans lorsqu'on introduit une cuiller, et se refermant aussitôt de manière à s'opposer au rejet des aliments : il est bon de fermer les narines au moment où l'on introduit l'aliment. L'instrument de M. Belhomme consiste en un morceau de bois introduit entre les mâchoires et maintenu au dehors par un manche servant de support à un conduit d'argent par lequel le liquide arrive dans l'arrière-gorge.

Ces divers modes d'alimentation forcée suffisent quelque-

(1) Pinel, p. 297.

(2) *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1850, t. XV, p. 469.

fois pour soutenir les malades, vaincre leurs refus et modifier leurs résolutions délirantes. Mais pour peu que la résistance soit énergique et prolongée, on constate au bout de peu jours qu'il est nécessaire de recourir à des procédés plus efficaces ; et en effet, les contractions du pharynx rejettent au dehors une partie des aliments ingérés : dans la lutte désespérée qu'il soutient, l'aliéné dépense plus de forces qu'il n'en acquiert par la petite quantité de nourriture qui arrive à l'estomac, et il marche bien vite, malgré tous les secours, à un dépérissement complet.

C'est alors qu'il convient de recourir à la *sonde œsophagienne*.

La sonde œsophagienne paraît avoir été employée par Pinel (1), qui s'en servit avec avantage dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué, mais ce fut Esquirol qui en généralisa l'emploi en donnant quelques règles pour son application (2).

La sonde œsophagienne doit toujours être faite en tissu souple et flexible ; son diamètre ne dépassera pas 5 millimètres, ses parois seront parfaitement lisses, et à son extrémité inférieure elle sera percée de larges yeux disposés latéralement : une seule ouverture terminale rend le passage de la sonde plus douloureux et s'oblitère d'ailleurs avec trop de facilité. L'extrémité supérieure sera évasée en entonnoir pour s'adapter à l'appareil qui contient le liquide alimentaire.

A moins d'impossibilité, la sonde devra nécessairement être introduite par les fosses nasales ; chercher tout d'abord à la faire pénétrer par la bouche, ce serait se créer inutilement, en raison du rapprochement des arcades dentaires, un obstacle dont nous avons vu toute la gravité. Arrivée à la face postérieure du voile du palais en suivant le plancher des fosses nasales, la sonde devra se recourber à angle droit,

(1) *Traité médico-philos. sur l'aliénation mentale*, p. 297.
(2) Esquirol, t. I, p. 662.

éviter le larynx et suivre la paroi postérieure du pharynx qui la conduit dans l'œsophage. Examinons successivement les divers obstacles que l'instrument peut rencontrer pendant ce trajet sinueux, et les procédés auxquels il faut recourir pour les surmonter.

Les fosses nasales se laissent quelquefois difficilement traverser par la sonde, soit que les deux narines offrent une grande étroitesse congénitale, soit que l'une d'entre elles se trouve rétrécie par une déviation de la cloison; dans ce dernier cas il suffit de s'adresser à la narine du côté opposé, tandis que, les deux narines étant très étroites, il ne faut pas craindre d'introduire la sonde avec une certaine force, au risque de fracturer les cornets intérieurs ou de provoquer une hémorrhagie qui n'offre jamais de gravité. Avec un peu d'insistance on réussit presque toujours. M. Thore (1) a cependant rapporté une observation dans laquelle les petites dimensions des narines ne permirent pas l'introduction de la sonde par cette voie. Il peut arriver encore que le malade, dans la prévision de l'opération qui doit lui être pratiquée, s'introduise dans les fosses nasales des cailloux ou tout autre corps étranger, mais un examen attentif et l'extraction à l'aide d'une pince feront bientôt justice de cette complication, dont il suffit d'être prévenu.

Arrivée au niveau du bord postérieur des fosses nasales, la sonde détermine par son contact avec le voile du palais des mouvements involontaires de déglutition qui révèlent sa présence. Là elle vient butter contre la paroi postérieure du pharynx, et doit se recourber à angle droit sous l'influence de la pression exercée à son extrémité par la main de l'opérateur, mais ce temps de l'opération offre parfois de sérieuses difficultés.

a. Il peut arriver que l'extrémité de la sonde s'engage

(1) *Ann. méd.-psychol.*, t. III, p. 347.

dans une des nombreuses lacunes dont est parsemée la muqueuse pharyngienne à sa partie supérieure. Si l'on pousse l'instrument sans précaution, la muqueuse est perforée, l'instrument s'engage dans le tissu cellulaire qui la sépare de la colonne vertébrale, et il en résulte des inflammations rétro-pharyngiennes et des accidents mortels. M. Baillarger a cité un fait où une injection alimentaire fut suivie d'un gonflement emphysémateux considérable, de suppuration et de mort. A l'autopsie, on trouva une déchirure du pharynx et une infiltration purulente allant jusqu'au diaphragme.

b. La sonde, au lieu de se courber à angle droit, peut se replier tout de suite sur elle-même, et revenir soit par le nez, soit par la bouche, où elle est saisie et coupée par les dents.

c. Enfin, quand le sujet résiste avec vigueur, la contraction du pharynx peut être assez énergique pour expulser la sonde et s'opposer à toute tentative d'introduction. Il suffit pour cela au malade d'élever le larynx comme on le fait pour un mouvement de déglutition, et de le maintenir dans cette position par la suspension à peu près complète de la respiration, ou bien encore de pousser des cris aigus et continus pendant lesquels la glotte s'élève considérablement et rend moins accessible l'entrée de l'œsophage. Esquirol a cité une observation où la volonté du malade peut ainsi s'opposer à l'introduction de la sonde (1), et des faits semblables ont été observés par MM. Barbier et de Crozant.

En faisant ouvrir la bouche de force, on diminue sans doute l'énergie de ces contractions par le rapprochement des points d'insertion musculaire, mais on ne parvient pas à annihiler complétement cette résistance, qui constitue une véritable complication, et ne devient aussi sérieuse qu'en raison de l'impossibilité qu'éprouve l'opérateur de faire suivre avec précision à la sonde la courbure du pharynx ; aussi a-t-on ima-

(1) Tome Ier, p. 613.

giné plusieurs instruments pour obvier à cet inconvénient.

M. Blanche a introduit dans la sonde un mandrin articulé auquel, à l'aide d'un mécanisme spécial, on imprime une courbure convenable dès que l'instrument a atteint la paroi du pharynx.

M. Baillarger se sert d'une sonde à double mandrin, l'un métallique, recourbé, l'autre élastique, de baleine. On introduit la sonde munie des deux mandrins jusque dans le pharynx; là on retire le mandrin métallique, la sonde se redresse, grâce au mandrin élastique, et pénètre facilement dans l'œsophage.

Ces deux instruments peuvent avoir une utilité réelle, et ils ont réussi dans des cas où la sonde ordinaire avait échoué; mais comme ils sont assez compliqués, le dernier surtout, je crois qu'il faut toujours débuter par une sonde simple, sans mandrin, et les réserver pour les cas difficiles.

La sonde a franchi le pharynx et a pénétré plus profondément. Est-elle dans l'œsophage? est-elle au contraire dans la glotte? Il importe de le savoir avec certitude, car une injection alimentaire faite dans les voies aérifères entraînerait de graves conséquences.

Voici à quels symptômes on reconnaît que la sonde a pénétré dans le larynx : tout d'abord le malade est en proie à une grande anxiété, à une toux violente et spasmodique dont chaque secousse repousse vivement l'instrument; lorsqu'on cherche à pénétrer plus profondément, on éprouve au delà d'une certaine limite une résistance impossible à surmonter. La voix est éteinte et voilée, et lorsqu'au-devant de l'orifice de la sonde on place une bougie allumée, les oscillations de la flamme, correspondant aux mouvements expiratoires, indiquent manifestement un courant aérien. Enfin, si avec le doigt on bouche cet orifice, on détermine une suffocation imminente, le courant aérien se trouvant intercepté. En cas de doute, il suffirait d'injecter avec précaution quel-

ques gouttes de liquide : la toux et la suffocation provoquées par cette manœuvre feraient voir qu'on a fait fausse route.

Lorsque la sonde est dans l'œsophage, l'absence de tous les signes que nous venons d'énumérer le fait bien vite reconnaître; il n'y a ni toux, ni suffocation; la sonde peut, sans difficulté, être enfoncée à une grande profondeur; une injection ne détermine aucun accident : on pourrait tout d'abord se laisser effrayer par la sortie de quelques gaz venant de l'estomac et expulsés par les mouvements de l'expiration; mais au bout de peu d'instants, ces gaz cessent de se reproduire, et ils ne sauraient simuler longtemps le courant régulier qui parcourt les voies aérifères.

Malgré toutes ces précautions, il s'est produit des méprises, et des injections alimentaires ont été faites dans la trachée; la mort peut être instantanée quand l'injection a été abondante, et M. Baillarger, dans son mémoire, en cite un exemple qui lui a été communiqué. Si au contraire il n'a été injecté qu'une petite quantité de liquide, le malade peut échapper aux premiers accidents de suffocation et en être quitte pour une bronchite passagère.

Il faut savoir d'ailleurs que des accidents de suffocation assez effrayants se sont produits même dans les cas où la sonde n'avait pas pénétré dans l'œsophage : c'est ainsi que le vomissement, survenant après l'ingestion des matières alimentaires, a pu amener subitement la mort par suite du passage d'une grande quantité de ces matières dans la trachée. Dans quelques cas bien moins sérieux, l'opérateur ayant négligé de boucher l'extrémité libre de la sonde au moment où il la retire, quelques gouttes de liquide, refoulées par la pression de l'atmosphère, tombent dans le pharynx et dans la trachée, et amènent pendant quelques instants un râle trachéal plus effrayant que réellement dangereux.

Les aliments que l'on injecte par la sonde doivent être appropriés à l'état général du sujet; on peut se contenter de

bouillons plus ou moins concentrés, ou de bouillons tenant des jaunes d'œufs en dissolution, de lait, de légers potages. Plus tard on a recours à une alimentation plus variée, sans oublier qu'il faut à la fois, pour que la nutrition soit complète, des féculents, des matières azotées et des matières sucrées. Des hachis pourront sans peine être introduits, si l'on a soin de les préparer dans un mortier par une exacte trituration en se servant de bouillon comme dissolvant; on obtient, par ce procédé, une bouillie parfaitement homogène, n'offrant point de grumeaux capables d'oblitérer la sonde et d'entraver l'opération.

Le liquide à injecter est placé dans un entonnoir adapté à la sonde, ou dans une seringue, ou mieux encore dans un irrigateur d'une capacité suffisante. Rien de plus commode que ce dernier instrument, dont il faut toutefois modérer l'impulsion, de peur que l'estomac ne soit distendu avec une trop grande rapidité. On peut, sans inconvénient, injecter deux fois par jour deux litres de liquide; si cependant l'estomac semblait se fatiguer, s'il y avait de la diarrhée, des digestions pénibles, on pourrait partager cette quantité en trois repas donnés à intervalles égaux.

Dans le cas où l'état du malade nécessiterait l'emploi de médicaments spéciaux, la sonde, dans l'immense majorité des cas, pourra servir à leur ingestion.

L'alimentation par la sonde est une alimentation exceptionnelle qui crée par elle-même un danger sérieux : l'absence de mastication et d'insalivation (car on a vu des malades qui rejetaient leur salive), le contact d'un corps étranger avec les voies digestives, l'état de torpeur de l'estomac qui accompagne la stupeur mélancolique et rend les digestions difficiles, les luttes que chaque repas amène, finissent par déterminer, au bout d'un temps qui varie entre quelques semaines et deux ou trois mois, de graves accidents

du côté du tube digestif. La langue se dessèche, le pouls s'accélère, la nutrition se fait mal; il survient des vomissements et une diarrhée incoercible qui amènent la mort, et à l'autopsie on trouve des symptômes d'inflammation chronique du côté de l'estomac et du tube digestif. Parmi les sujets nourris exclusivement à l'aide de la sonde, il en est peu qui résistent au delà de quelques mois, et néanmoins on comprend sans peine quelle ressource immense ce procédé met entre les mains des médecins. Il prolonge la vie, permet de gagner du temps, influe heureusement sur l'état mental en soutenant les forces, et contribue au salut et à la guérison de malades qui sans lui auraient inévitablement succombé.

Bien plus, il peut arriver que certains sujets, placés dans des conditions exceptionnelles, s'habituent merveilleusement à la sonde et en supportent l'emploi pendant une durée de temps à peine croyable. Après des péripéties plus ou moins nombreuses, ces malades finissent par accepter ce mode d'alimentation avec indifférence ou même avec plaisir; contents de vivre, ou se laissant vivre, tout en observant les conditions qu'ils se sont imposées dans leur délire, ils en viennent à faire leurs réflexions et leurs appréciations sur l'instrument, sur les liquides injectés, sur l'opérateur; ils indiquent leurs préférences et leurs antipathies, et s'accoutument à ce genre de vie avec un inconcevable sang-froid. Quand la tolérance physique accompagne cette sorte de tolérance morale, les sujets résistent pendant des mois et des années entières. Alors le passage de l'instrument ne détermine plus ni douleur, ni malaise, les digestions sont parfaites, et l'assimilation se fait avec énergie. Un journal italien rapporte l'histoire d'un monomaniaque qui fut ainsi nourri pendant deux ans et cinquante jours; j'ai moi-même recueilli l'observation plus extraordinaire encore d'un monomaniaque halluciné auquel le ciel défendait non-seulement de manger, mais encore de parler, de marcher et de s'habiller : pendant près de

cinq années on lui passa la sonde trois fois par jour, et pendant ce laps de temps il resta plein de force et de vigueur, persévérant dans ses refus avec une opiniâtreté incroyable, et conservant sur une foule de points une étonnante netteté d'esprit.

4° Agents mécaniques et moyens de traitement répondant à certaines indications.

Outre le refus d'aliments, on observe chez les aliénés certaines tendances, certains symptômes qui deviennent le point de départ d'indications curatives spéciales.

1° *Malades à idées de suicide.* — Les malades dominés par des idées de suicide seront soumis à une surveillance d'une rigueur exceptionnelle; on ne les perdra pas de vue un seul instant, on les placera dans des salles occupées par plusieurs malades, et l'on fera en sorte que des gardiens, nuit et jour, veillent près d'eux : on répétera jusqu'à satiété, pour stimuler le zèle des gens de service, qu'un seul instant d'inattention peut causer quelque malheur. Les malades de cette nature seront logés au rez-de-chaussée ; on ôtera les rideaux du lit; on fera disparaître les clous, les crochets, les cordes, les couteaux, les fourchettes, les bâtons et tous les instruments tranchants. Quand les tentatives de suicide sont incessantes; quand le malade dirige tous ses actes, toutes ses combinaisons vers la réalisation de cette idée, il ne faut pas hésiter à le priver de l'usage de ses mains à l'aide de la camisole : la nuit surtout, il faut surveiller tous les mouvements et se tenir en garde même contre l'apparence du sommeil et de l'immobilité. On a vu des aliénés s'étrangler dans leur lit, à l'abri des couvertures, sous l'œil de deux gardiens. Un jour, rapporte Guislain (1), un aliéné s'est pendu dans la cour de l'asile de Gand, en présence de plus de vingt per-

(1) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, t. III, p. 252.

sonnes. Il se reposait nonchalamment contre une porte de communication. Soudain un aliéné s'écrie : « Voyez, voyez, il est mort. » On se retourne, on remarque que le patient a la figure noire et les genoux fléchis; on accourt : on aperçoit autour de son cou une cravate qui était passée à un petit crochet enfoncé la veille dans la porte contre laquelle il était appuyé. Il avait eu soin, avant de s'étrangler, d'abaisser la visière de sa casquette, de manière que tout d'abord on ne pût observer l'altération manifestée dans ses traits.

Chaque praticien pourrait rapporter plus d'un fait tout aussi extraordinaire.

2° *Onanistes*. — Les onanistes ne peuvent être garantis de leurs propres excès qu'à l'aide d'une exacte et rigoureuse surveillance. Pendant la nuit cette surveillance devient à peu près impossible; aussi, après bien des tentatives infructueuses, est-on presque toujours forcé de recourir aux moyens de contrainte : les bras seront munis d'une camisole à longues manches, lesquelles seront fixées sur les parties latérales du lit; les jambes seront maintenues écartées, et il sera quelquefois utile de soulever les couvertures avec un cerceau, afin d'éviter tout frottement.

3° *Gâteux*. — Les aliénés gâteux, c'est-à-dire ceux qui laissent échapper involontairement l'urine et les matières fécales, exigent des soins tout spéciaux, si l'on veut prévenir la formation des excoriations et des eschares qui arrivent si promptement à mettre leur vie en danger.

Outre des soins de propreté minutieux, outre des lotions avec des liquides astringents, des applications fréquentes de poudres desséchantes, comme la poudre de riz ou la poudre de lycopode, on emploie avec avantage divers appareils qui atténuent les fâcheuses conséquences de cette infirmité, et surtout des urinoirs de formes diverses, de caoutchouc ou de gutta-percha. Comme il est difficile que, pour des malades privés d'intelligence et incapables d'exercer une surveillance

exacte, ces appareils remplissent complétement le but qu'on se propose, la confection des lits exige quelques dispositions spéciales : quelques-uns ont à leur partie inférieure une sorte de tiroir où arrivent les urines et les matières fécales après avoir traversé une ouverture pratiquée dans les matelas. Mais le plus souvent on se contente de faire coucher les gâteux convenablement munis d'alèses sur des matelas de paille, de balle d'avoine, de zostère, que l'on a soin de renouveler fréquemment; ces diverses substances absorbent promptement l'urine, permettent la circulation de l'air, et sont d'un prix peu élevé. Au lieu d'en faire un matelas épais, il suffit quelquefois de les disposer en un coussin mince et très large placé sous le siége et séparé des matelas ordinaires par une toile imperméable; le malade se trouve couché plus mollement, et les parties inférieures du lit sont suffisamment protégées. Enfin, le lit hydrostatique d'Arnott, qui consiste essentiellement en une étoffe imperméable reposant sur une masse liquide qui se prête à tous les mouvements et à toutes les saillies du corps, est pour les gâteux un excellent appareil, mais son prix très élevé empêchera toujours d'en généraliser l'usage.

Au lieu de recourir à ces moyens palliatifs trop souvent insuffisants, on a songé à empêcher, chez les paralytiques, les évacuations involontaires en les régularisant d'une manière artificielle. On sait qu'à l'état physiologique la défécation s'opère, en général, aux mêmes heures, et que cette fonction est, sous ce rapport, soumise plus que toute autre aux lois de l'habitude : or, en mettant deux fois par jour les paralytiques sur une garderobe où ils séjournent une demi-heure ou trois quarts d'heure, les selles finissent par venir à heures fixes, et le lit ainsi que les vêtements sont beaucoup plus rarement souillés. Il faut avoir soin en même temps de faire uriner le malade toutes les deux ou trois heures. A l'aide de ce moyen si simple, on parvient non pas à suppri-

mer les gâteux, mais à atténuer singulièrement les conséquences de leur infirmité, et, sous ce rapport, MM. Renaudin, Morel (1), Archambault (2), Girard, ont obtenu d'excellents résultats.

Quant aux préparations de noix vomique employées à titre d'adjuvant par M. Girard (3) jusqu'à la dose de 2 centigrammes dissous dans 30 grammes de sirop pour réveiller directement la contractilité des sphincters, je n'oserais en conseiller l'emploi chez les paralytiques. A faibles doses, elles n'ont aucune action ; à doses plus élevées, elles risquent d'amener de graves accidents du côté de l'encéphale.

4° *Agités.* — Lorsque les malades sont violemment agités, on est quelquefois obligé de recourir à des moyens de contention qui leur enlèvent le libre usage de leurs mains et de leurs pieds. La camisole, les entraves, le fauteuil et le décubitus forcé sont les moyens le plus généralement mis en usage dans ce but spécial.

La *camisole*, faite de forte toile, lacée par derrière et munie de manches sans fin qui sont ensuite fixées autour du corps, doit être largement échancrée au niveau du cou et munie, sur les côtés, d'appendices destinés à fixer le malade sur un lit ou sur un fauteuil. Quand l'agitation est peu vive, la camisole peut être réduite à de simples manches réunies à la partie antérieure et qui dégagent presque entièrement le thorax, ou même à un manchon de cuir généralement usité dans les asiles d'Italie. Les *entraves* doivent être disposées de telle sorte qu'elles embrassent une surface étendue de la partie inférieure des jambes afin, de disséminer la pression : elles seront suffisamment garnies et assez longues pour permettre au malade de marcher à petits pas. Quant aux fau-

(1) Morel, *Sur la possibilité d'améliorer le sort des gâteux et d'en diminuer le nombre* (*Ann. méd.-psych.*, 1850, p. 72).

(2) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, séance du 24 juin 1851, t. XVI, p. 942.

(3) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, séance du 10 juin 1851.

teuils et aux lits destinés à maintenir les agités, ils seront solides et scellés aux murs ou au plancher.

Est-il nécessaire de soumettre au *décubitus forcé* un malade dont l'agitation est indomptable, on entoure le tronc d'une camisole, on maintient les pieds avec des entraves, et la camisole ainsi que les entraves sont fixées par des liens à des mortaises pratiquées aux deux extrémités du lit. Il est même quelquefois nécessaire de recouvrir les genoux d'une large bande de toile passant par-dessus les couvertures et fixée latéralement. Le décubitus forcé est, d'une manière générale, un déplorable moyen de contention. Il dispose aux eschares, irrite et fatigue les malades, amène de la constipation, exalte les penchants érotiques, et favorise singulièrement les complications viscérales. Il ne faut l'employer que dans des cas exceptionnels, et ne jamais prolonger son emploi au delà de quelques heures; nous ferons cependant une exception pour les malades qui s'épuisent dans une agitation sans fin, se nourrissent mal, se refroidissent, et succomberaient debout si on les abandonnait à eux-mêmes : pour ceux-là, le repos forcé au lit est quelquefois un moyen de salut.

Je ne citerai que pour mémoire divers autres moyens mécaniques employés jadis dans le traitement de la folie. Darwin (1) imagina la première machine rotatoire, et conseilla de faire tourner l'aliéné placé dans une couchette, la tête se trouvant à la circonférence et les pieds au centre du mouvement. Cox (2) employait un fauteuil suspendu par quatre cordes à un crochet mobile, auquel on a substitué plus tard un fauteuil de bois solide tournant sur un pivot. La rotation, soit verticale, soit horizontale, amène des syncopes avec pâleur de la face et ralentissement du pouls, des vomissements, des évacuations involontaires: c'était, disait-on, un puissant sédatif qui calmait les malades les plus agités, et provoquait

(1) *Zoonomie*, t. IV, p. 507.

(2) Cox, *Pract. Observ.*, traduct. de Reil, p. 149.

le sommeil. Malgré ces affirmations, les machines rotatoires ont été avec juste raison abandonnées, elles sont très dangereuses au point de vue des congestions cérébrales, et il faut qu'elles aient rendu bien peu de services pour qu'elles soient complétement tombées en désuétude.

Je n'oserais jeter la même défaveur sur les appareils qui servent uniquement à balancer. Cœlius Aurelianus avait le premier proposé de bercer les aliénés dans un lit suspendu (1), et cet exemple a trouvé plus d'un imitateur. J'ai moi-même employé, avec un avantage réel, des hamacs de filet très solide, assez profonds pour envelopper complétement et maintenir, sans le blesser, le malade le plus agité. En suspendant solidement ce hamac et lui imprimant un léger mouvement d'oscillation, on obtient souvent une sédation très manifeste avec ralentissement du pouls, abaissement de température de la peau et propension au sommeil.

Il suffit d'indiquer la *boîte* d'osier dont parle Casper, boîte de longueur d'homme, dans laquelle le malade, étendu sur un matelas, était condamné à une immobilité complète; l'*armoire* dans laquelle le sujet agité était placé debout, fixé par des liens; la *cage* mobile de Reil, ayant la forme de ces roues où l'on enferme les écureuils; la machine tournant sur un axe : au moindre mouvement, l'aliéné était ballotté en tous sens, et la sensation désagréable qu'il éprouvait le forçait à garder l'immobilité.

Tous ces moyens sont d'un autre âge et ne méritent pas même d'être discutés; la camisole, les entraves, le fauteuil et le lit sont les seuls qui soient restés en usage dans la pratique.

On ne peut toutefois se dissimuler que, même depuis la réforme de Pinel et d'Esquirol, on abuse singulièrement encore de leur emploi. Rien de plus simple pour les surveil-

(1) *De morbis chronicis*, t. I, ch. V, p. 161.

lants et les gens de service que de fixer les bras d'un malade incommode, de mettre aux pieds des entraves, et de l'attacher ainsi sur son lit ou sur un fauteuil pendant toute la durée de l'agitation. Toute surveillance, toute attention deviennent superflues, mais que de graves inconvénients peuvent être la conséquence de cette négligence à la fois coupable et inhumaine! La camisole, surtout lorsqu'elle est un peu serrée, comprime douloureusement le thorax et gêne à un degré notable la liberté des mouvements respiratoires; quand le malade se débat et s'agite, la pression exercée sur les coudes, les épaules et les parties saillantes, excorie la peau et détermine la formation d'eschares ou de phlegmons, qui à eux seuls ont pu déterminer la mort. En outre, l'immobilité prolongée rend les stases sanguines plus faciles, gêne la digestion, les excrétions, et, dans les cas d'agitation vive, exaspère les maniaques et entretient leur colère.

Faut-il en conclure que la camisole et tous les autres moyens de contention doivent être rejetés, et cela d'une manière absolue? Non, sans doute; et cependant c'est à cette conclusion exagérée que sont arrivés quelques médecins anglais qui, mus par un sentiment excessif de respect pour la liberté humaine, ont érigé le *no-restraint* en corps de doctrine.

Le *no-restraint* consiste essentiellement dans la suppression radicale et absolue de tous les moyens mécaniques de contention. Ces moyens sont remplacés par la surveillance et l'active intervention des gens de service qui se réunissent en grand nombre pour s'opposer aux actes dangereux des malades agités. L'excitation dépasse-t-elle les limites ordinaires, l'aliéné est introduit par force dans une cellule matelassée, où on le laisse se débattre jusqu'à ce que la violence de l'accès se soit calmée.

Le docteur Conolly, qui a surtout préconisé cette méthode et qui l'a appliquée à Hanwell sur une très grande échelle,

affirme qu'on est toujours parvenu de cette façon à calmer les aliénés les plus redoutables, que la méthode est plus humaine, qu'elle donne des guérisons plus durables, qu'elle ne dégrade pas le malade à ses propres yeux, qu'elle est facile à appliquer, et exige seulement une proportion un peu plus considérable de gens de service.

Bien des objections se sont élevées, en Angleterre même, contre le no-restraint pratiqué d'une manière aussi absolue. On a dit que l'usage modéré et temporaire de la contrainte mécanique causait moins d'irritation à l'aliéné qu'une lutte corps à corps engagée avec lui; que dans les cas de penchant violent au suicide ou d'impulsions malfaisantes, cette contrainte, bien plus sûrement que toute surveillance, l'empêchait d'être nuisible à lui-même et aux autres; enfin que le maniaque agité, muni d'une camisole, pouvant sans inconvénient courir en plein air et faire de l'exercice, ce mode de traitement était bien moins préjudiciable à la santé que la réclusion prolongée dans une cellule. On a ajouté que le no-restraint poussé jusque dans ses dernières limites entraînait avec lui de sérieux inconvénients; et, dans un rapport adressé au Conseil général des hospices sur les établissements d'aliénés d'Angleterre, M. Battelle a signalé, dès 1844, les luttes violentes, les blessures, les homicides même qui lui avaient été signalés dans quelques-uns des asiles qu'il avait visités. Et d'ailleurs pour celui qui envisage la question en dehors de toute préoccupation systématique, les bras des infirmiers, les cellules matelassées ne sont-ils pas de véritables moyens de contrainte analogues à ceux qui sont en usage parmi nous ?

Une vérité pratique ressort des discussions longues et animées qui ont eu lieu sur ce sujet : c'est que les moyens coercitifs doivent être employés avec une grande réserve, et qu'on ne doit y recourir qu'à la dernière extrémité. Il ne faut pas rester désarmé vis-à-vis des aliénés réellement dan-

gereux, mais il faut trouver dans un traitement médical approprié, dans une organisation bien complète de l'asile, les moyens de maintenir le calme, sans recourir inconsidérément à des procédés contentifs qui exaspèrent le malade et vont directement contre le but qu'on se propose.

CHAPITRE VII.

Des asiles d'aliénés. — Emplacement, forme générale, divisions, aménagements, — Organisation.

Des colonies d'aliénés.

ARTICLE I.

DES ASILES D'ALIÉNÉS.

§ 1. — Emplacement, forme générale, divisions, aménagement.

La nécessité de l'isolement, les conditions particulières de surveillance, de direction morale, qui dominent toute la thérapeutique de la folie, doivent faire regarder comme indispensables les établissements spécialement et uniquement destinés aux aliénés. Depuis la réforme de Pinel et d'Esquirol, les médecins, tant en France qu'à l'étranger, ont étudié à l'envi les principes qui devaient présider à la création de ces asiles, et c'est grâce à leur impulsion que la France et l'Europe se couvrent chaque jour de maisons de traitement où se trouvent réalisées avec plus ou moins de bonheur les conditions formulées par l'expérience médicale.

Laissant tout à fait de côté les questions d'architecture (1) et de direction économique, qui ne sauraient trouver leur place dans un livre de cette nature, contentons-nous d'indi-

(1) Voy. Parchappe, *Des principes à suivre dans la fondation et dans la construction des asiles d'aliénés*, 1 vol. in-8°.

quer les principes élémentaires qui doivent présider à leur création.

Un établissement d'aliénés doit être placé à proximité d'une ville, mais au dehors d'elle, de manière à profiter de ses ressources tout en ayant les bénéfices de l'isolement. Le pays doit être salubre, le site agréable; on évitera et les plaines trop uniformes et les positions trop élevées qui rendent l'eau peu abondante et offrent des dangers au point de vue des suicides et des évasions.

L'établissement pourra être destiné à la fois aux hommes et aux femmes, à la condition, toutefois, que les deux sections seront rigoureusement et complétement séparées : le nombre des malades qu'il est destiné à contenir dépend uniquement des nécessités de la population et de l'organisation médicale et administrative qui lui sera affectée. Avec quatre ou cinq médecins indépendants et une direction administrative unique, un asile peut sans confusion et sans désordre contenir jusqu'à mille malades. Aussi ces grands établissements qui réalisent une économie très notable au point de vue de leur création et de leur entretien, peuvent-ils être adoptés sans inconvénient pour les très grands centres de population, tandis que des asiles de quatre cents malades ou même moins considérables encore, offrent des avantages pour les départements moins peuplés, en ce sens qu'ils ont une circonscription territoriale modérément étendue, et que les malades n'ont pas à franchir de très grandes distances pour y être transférés. Ces petits asiles peuvent être confiés à un médecin directeur qui centralise les pouvoirs administratifs et médicaux. Mais cette disposition, qui prévient les conflits et simplifie les services, devra toujours être considérée comme fâcheuse au point de vue des progrès scientifiques. Comment un médecin responsable du budget d'un asile et astreint à un travail administratif qui lui est peu familier, pourra-t-il consacrer une attention suffisante à l'histoire

médicale et à l'observation quotidienne des malades qui lui sont confiés?

L'annexion à chaque asile d'un quartier de pensionnaires est une ressource précieuse au point de vue économique. Le médecin ne saurait y voir d'inconvénients, pourvu qu'il y ait une séparation complète et rigoureuse entre ces pensionnaires et les indigents.

Doit-on créer des asiles distincts pour les malades curables et les malades incurables? Cette séparation qui existe dans quelques contrées de l'Allemagne est justifiée, disent ses partisans, par l'impression pénible que les incurables produisent sur l'esprit des malades convalescents, par la nécessité de concentrer l'attention des médecins sur les cas susceptibles de guérison, enfin par l'inutilité pour ces incurables d'une installation souvent très dispendieuse des divers moyens de traitement. Ces motifs sont illusoires et ne justifient même pas la séparation des incurables et des curables dans le même asile, séparation qui a été proposée comme mesure intermédiaire. Rien n'est pénible pour les familles et pour les malades eux-mêmes, comme ce certificat d'incurabilité qui résulte du passage dans un hôpital spécial ou dans une division désignée à l'avance. Et d'ailleurs à quel moment précis fixer l'incurabilité? Les incurables eux-mêmes ne sont-ils pas des malades ayant besoin de soins spéciaux et quotidiens, et offrant de temps à autre des exacerbations pendant lesquelles la maladie revient momentanément à l'état aigu? Loin de nuire, comme on l'a dit, aux aliénés nouvellement admis, les incurables tranquilles leur donnent au contraire l'exemple de l'ordre, de la discipline, de la subordination, et leur présence ne saurait entraîner aucun inconvénient réel.

Ce n'est pas dans cet ordre d'idées qu'il faut chercher les éléments d'une division méthodique des malades d'un asile. L'expérience et la pratique de chaque jour enseignent que

les manifestations extérieures des aliénés, leur état de calme ou d'excitation, leurs allures, leur manière d'être habituelle, sont des éléments de classification infiniment plus utiles et plus pratiques. Aussi, à l'exemple de M. H. Falret (1) nous admettons six sections pour chaque sexe : *tranquilles*, *agités*, *incommodes*, *gâteux*, *épileptiques*, *infirmerie*. Cette division est la plus pratique et la plus commode : nous regardons comme inutile une section de convalescents; ceux-ci, en effet, sont en trop petit nombre pour remplir un local à part qui se trouve bien vite encombré, lorsqu'il existe, par des malades de toute nature. Les idiots et les imbéciles, quand leur nombre est considérable, peuvent être réunis dans une section isolée, car il est nécessaire de les soumettre à un ensemble d'exercices physiques et intellectuels tout à fait spéciaux.

Enfin, dans un asile complet, il est bon d'avoir un quartier distinct pour les sujets qui sont sous le coup d'une action judiciaire, soit qu'ils aient donné en prison les premiers signes d'aliénation mentale, soit qu'un homicide ou tout autre acte grave ait été commis par eux sous l'influence du délire. En Angleterre, il existe même un asile spécialement destiné aux aliénés vagabonds et aux fous dits criminels, et depuis longtemps M. Brierre de Boismont et quelques autres médecins ont réclamé pour la France la création d'établissements analogues.

C'est à l'architecte qu'il appartient de réaliser ces divisions en appropriant chacune d'elles à sa destination spéciale. Toutes doivent être parfaitement isolées, en se reliant cependant par des moyens de communication faciles à l'ensemble de l'établissement. Les quartiers d'agités seront toujours relégués sur les points les plus excentriques : seuls ils devront contenir des cellules convenablement isolées, ayant autant que possible une cour spéciale, de telle sorte qu'un malade

(1) Thèse 1852.

dangereux ou bruyant ne devienne pas pour les autres un sujet de trouble ou d'excitation. Quant à l'étendue proportionnelle qu'il faut attribuer à ces diverses sections, il est admis généralement que les agités, les épileptiques, les malades de l'infirmerie et les cas aigus en traitement représentent chacun 10 pour 100 de la population d'un asile. Les six autres dixièmes sont constitués par les chroniques et les incurables, les convalescents, les enfants, les malades détenus judiciairement ou ayant besoin d'une surveillance plus rigoureuse.

La *forme* générale à donner aux établissements d'aliénés présente de nombreuses variétés.

La disposition en *carré* des bâtiments permet une séparation exacte des sexes, facilite les divisions et permet aux services généraux d'être à proximité de toutes les parties de la maison. Mais la ventilation est insuffisante, la perspective se trouve souvent sacrifiée, et il devient difficile d'isoler complétement les malades agités ou dangereux. Il faut dire, toutefois, que ce type primitif peut être heureusement modifié, et alors il fournit des combinaisons très heureuses. Au lieu d'un carré central on peut avoir différents carrés formant des cours ou des bâtiments rattachés à une ligne droite, ou bien encore un carré long segmenté par des divisions rectangulaires formant des cours et des jardins.

La forme *cruciale*, que l'on retrouve dans beaucoup d'établissements anglais, présente dans son modèle le plus élémentaire, quatre cours séparées entre elles par une ligne cruciale. Ce type peut être plus compliqué : c'est ainsi que la forme générale de l'établissement peut consister en deux croix confondues par leurs bras et laissant entre elles des intervalles destinés aux cours et aux promenoirs.

La forme *rayonnée*, empruntée à la disposition des prisons cellulaires, est mauvaise sous tous les rapports, et ne donne qu'une sécurité illusoire sous le rapport de la surveil-

lance. Avec la forme rayonnée on a des cours bizarres et irrégulières, des bâtiments disposés de telle sorte qu'ils s'interceptent réciproquement et l'air et le soleil ; leur aspect est triste et sombre et ne répond à aucun des besoins médicaux d'un asile. Ce système a été bien vite rejeté après quelques essais malheureux.

En disposant tous les bâtiments sur une *seule ligne droite*, on satisfait parfaitement à toutes les conditions d'aération et d'isolement, mais les constructions se développent alors sur une telle étendue, que les services généraux deviennent très difficiles, et que ce grave inconvénient a dû faire abandonner cette disposition pour les nouveaux asiles.

La forme qui, en France du moins, semble réunir le plus de suffrages, consiste en deux séries de corps de bâtiments disposées parallèlement et reliées entre elles par un bâtiment central destiné à l'administration et aux services généraux. Ce bâtiment central pourra être placé au centre même de l'établissement, comme à Quatremares et à Auxerre, ou bien il pourra être remplacé par des galeries latérales dans lesquelles ces services généraux seront installés. Cette dernière disposition semble même préférable au point de vue des lignes architecturales.

Quant aux jardins et aux cours plantées dont la superficie totale doit toujours dépasser l'étendue des constructions, ils seront ornés de fleurs et d'arbres suffisamment éloignés des murs de peur des évasions, et devront être dessinés de telle sorte que chaque division ait son jardin distinct. Lorsque les bâtiments sont disposés en carré, lorsqu'ils sont placés sur une seule ligne presque toujours les cours se trouvent bordées, de deux côtés au moins, par des constructions qui limitent la vue et interceptent en partie le soleil et la lumière : c'est là un inconvénient sérieux ; aussi est-ce avec raison que le système anglo-américain reporte les préaux à l'extérieur de l'enceinte des constructions, heureuse disposition

qui a été pratiquée à Quatremares. On peut alors, en remplaçant les anciennes clôtures par des sauts-de-loup ou par des grilles, laisser au malade la vue de la campagne et lui faire illusion autant que possible sur la privation de sa liberté. Au lieu de la forme carrée qui est la plus usitée, Guislain a conseillé et a appliqué à Gand, pour la cour des agités, la forme semi-lunaire, grâce à laquelle les malades peuvent s'isoler plus facilement et ne pas se donner en spectacle l'un à l'autre.

En résumé, concilier les facilités du service avec les conditions hygiéniques les plus favorables et avec la séparation complète des diverses catégories d'aliénés, tel est, d'une manière générale, le but que l'on doit se proposer dans le plan d'un asile.

Il est maintenant quelques points secondaires sur lesquels il est bon d'appeler l'attention. Les rez-de-chaussée, que l'on avait conseillés d'une manière exclusive, ont l'incontestable avantage de rendre la surveillance plus facile et d'offrir moins de danger au point de vue des idées de suicide ; mais ils sont très dispendieux, et leur emploi exclusif donne à un établissement même peu nombreux une étendue considérable. Mieux vaut les réserver pour les quartiers d'agités, tandis que les tranquilles, les valides, les imbéciles et les idiots pourront sans inconvénient être placés au premier et au deuxième étage. Un bâtiment destiné à des aliénés ne saurait sans inconvénient avoir une élévation plus grande.

Faut-il pendant la nuit réunir les aliénés dans des dortoirs, ou bien est-il préférable d'avoir des chambres pour un ou pour un petit nombre de malades ? Ce dernier système est généralement préféré en Angleterre, où l'on n'hésite pas à superposer les quartiers dans les divers étages d'un même bâtiment, et à multiplier considérablement le nombre des chambres, de manière à laisser plus de liberté individuelle ; mais en France on préfère, et avec raison, les dortoirs qui permettent de loger dans un espace donné un plus grand

nombre d'individus, qui offrent beaucoup plus de garantie sous le rapport de l'ordre, de la discipline, de la propreté et de la surveillance. Les chambres sont réservées pour les sujets dangereux, pour les agités, ou pour ceux qui, se trouvant dans des conditions sociales plus élevées, sont habitués à un bien-être dont la privation pourrait exercer sur eux une influence fâcheuse.

Les *salles de réunion* et les *réfectoires* favorisent la sociabilité des malades, leur apprennent à se maintenir, à surveiller leur tenue, et sont des annexes indispensables de tout asile; outre les salles de réunion, des ateliers spéciaux doivent exister, surtout dans les quartiers destinés aux hommes, car leurs professions offrent infiniment plus de variétés. Enfin une *salle d'école* est un complément utile, surtout lorsqu'on peut y organiser un enseignement élémentaire qui développe l'instruction des malades ignorants, fixe leur attention, et en tout cas fait une diversion utile à leurs préoccupations délirantes.

Les *cellules* destinées aux agités, suffisamment larges, peu élevées, car elles seraient trop retentissantes, seront disposées par groupes isolés de trois ou quatre; chacune d'elles sera munie d'une petite cour, le jour viendra d'une fenêtre de grande dimension placée à hauteur d'homme, et pourvue de moyens de protection; la porte, placée en face de la fenêtre, de manière à faciliter l'aération, donnera sur une galerie commune et s'ouvrira en dehors pour ne pas fournir de point d'appui au malade lorsqu'il faut pénétrer jusqu'à lui malgré sa résistance; on peut même, dans ce but particulier, établir deux portes de manière à rendre toute lutte impossible. Le lit, de fer ou de bois massif, sera solidement fixé au plancher par des vis. Le plancher aura une pente convenable pour faciliter l'écoulement des liquides, et les murailles seront peintes à l'huile. Dans certains asiles, notamment en Angleterre, où l'on préconise le système du

no-restraint, quelques cellules destinées à contenir les malades furieux sont matelassées, soit à l'aide de crins, soit à l'aide d'un tissu élastique qui amortit la violence des coups.

Les *bains* seront toujours multiples. Non-seulement il faut une salle de bains séparée pour chaque sexe, mais encore il est bon d'avoir une petite salle dans chaque quartier, surtout dans les quartiers d'agités. Les baignoires, enfoncées dans le sol de manière à en faciliter l'accès, seront dans certains cas munies d'un couvercle échancré, destiné à fixer les sujets agités; les tuyaux seront disposés de telle sorte que l'eau arrive par le fond de la baignoire, disposition qui met les robinets hors de la portée des malades. Des douches fonctionneront au-dessus des baignoires. Enfin, un bain de vapeur, une piscine et les appareils hydrothérapiques les plus importants doivent être adjoints au système de balnéation, car ces moyens ont acquis, et avec juste raison, une grande importance dans le traitement de la folie.

Les *lieux d'aisances* seront éloignés des bâtiments, afin de préserver les salles des émanations fétides qu'ils répandent; cependant, dans les infirmeries, il sera bon, tout en les isolant de les rattacher aux salles par des couloirs fermés. On aura soin de les assainir à l'aide de courants d'eau abondants, d'une ventilation suffisante et d'appareils hermétiquement clos; il est également utile d'établir dans les tuyaux de chute un appareil de grillage afin d'empêcher leur obstruction et de retrouver plus facilement les objets jetés par les aliénés. Les siéges doivent être isolés, et la surveillance sera plus facile si le quart inférieur des portes est à claire-voie, de manière à laisser les pieds en évidence.

Les *moyens de chauffage*, quels qu'ils soient, ont besoin d'être protégés à l'aide de grillages convenablement disposés : le plus souvent on aura recours à des calorifères dont les bouches s'ouvriront hors de toute atteinte. Quant à l'éclai-

rage, il devra se faire à l'aide de lampes isolées, et bien rarement à l'aide du gaz, qui exige une surveillance trop grande et pourrait facilement devenir le point de départ de graves accidents.

Les *escaliers* seront munis de rampes très hautes, ou même cette rampe sera remplacée par un mur qui supprime totalement la cage. Pour les *fenêtres*, on a proposé plusieurs modifications tendant à rendre les évasions ou les suicides impossibles, sans nuire à la ventilation ou à la perspective : le plus simple consiste à remplacer les châssis ordinaires de bois par des châssis de fer beaucoup plus résistants, à rendre immobiles les deux tiers supérieurs de la fenêtre, la partie inférieure étant ouverte à volonté par le malade, mais se trouvant protégée immédiatement à l'extérieur par un ornement de fer, en forme de balcon, qui s'oppose à toute tentative d'évasion; cette disposition remplace avantageusement les barreaux, ainsi que les fenêtres placées à une grande hauteur, et qui donnent aux habitations un aspect si sombre. Les grillages légers placés au-devant des châssis peuvent être conservés dans quelques cas exceptionnels, pour éviter le bris des vitres, toujours dangereux à cause des blessures qui peuvent en résulter; je les ai vus remplacés avec avantage, dans certains asiles de Hollande, par des plaques de tôle découpées à jour avec beaucoup de légèreté et d'élégance et dont l'aspect est infiniment préférable.

Les portes ainsi que les fenêtres se fermeront à l'aide de serrures qui toutes seront construites sur le même modèle, de manière à pouvoir être ouvertes avec une clef uniforme; il en sera de même des bouches de chaleur et des cheminées, qui seront protégées à l'aide de grillages mobiles.

§ 2. — Organisation.

Un asile bien construit et bien organisé est sans contredit un puissant moyen de traitement; mais il ne faut pas oublier

que cette question est encore dominée par tout ce qui se rattache à la personne même du médecin : ce dernier, préparé de longue main par de fortes études de médecine générale qu'il a sans cesse à utiliser, doit avoir vécu au milieu des aliénés pour bien connaître leurs mœurs, leurs besoins, leurs allures; il doit avoir acquis par de longs efforts, la patience, la force d'attention, la perspicacité nécessaires pour exercer sur ses malades un ascendant moral suffisant, et pour saisir, au milieu de symptômes souvent incohérents, le point saillant qui doit sûrement conduire au diagnostic. Il doit, dans son asile, conserver une suprématie morale incontestée qui lui permette de faire converger vers un but exclusivement médical tous les règlements, tous les détails d'organisation, mais il faut qu'il soit dégagé de toute préoccupation administrative et financière, et laisse à d'autres les moyens matériels d'exécution. « Je veux, dit Guislain (1), que le médecin reste le représentant de l'art, qu'il conserve intactes ses allures hippocratiques. Se mêler directement des affaires du grand ménage, descendre aux détails de l'économie domestique, c'est dépenser son temps en préoccupations futiles qui le détournent de l'objet principal de sa mission. »

Au-dessous du médecin se trouve toute une série d'employés dont l'importance est d'autant plus grande que sur eux reposent la surveillance, la bonne exécution des prescriptions médicales, la direction morale des aliénés. Les fonctions de surveillants et de domestiques dans les maisons d'aliénés exigent une réunion de qualités morales et intellectuelles si difficiles à rencontrer chez un même individu, que leur choix doit éveiller la constante sollicitude du médecin : que l'on relise Pinel et tout ce qu'il raconte du surveillant Pussin, de Bicêtre, qui l'aida avec tant d'intelligence à mettre à exécution sa grande réforme des aliénés, et l'on verra quels

(1) *Leçons orales sur les phrénopathies*, t. III, p. 887.

services peut rendre un homme calme, énergique, plein de cœur, qui vit avec ses malades, leur consacre tout son temps et toute sa vie, et se fait l'interprète dévoué et intelligent de la pensée médicale.

Les servants doivent-ils être laïques ou appartenir à des corporations religieuses? La solution de cette question dépend d'une foule de circonstances accessoires et ne peut être résolue d'une manière absolue. La religion d'un pays, ses habitudes, ses croyances plus ou moins ferventes, doivent influer sur le choix à faire. Avec les corporations religieuses, il y a plus de moralité, plus de zèle, plus d'ordre et de dévouement, plus d'unité dans le service, mais aussi la subordination à l'autorité médicale est bien moindre. Dans les soins qu'elles donnent aux aliénés, les corporations religieuses font toujours la part des ordres émanés de leurs supérieurs spirituels, et trop souvent elles donnent carrière à un esprit de résistance, à des idées exclusives et peu éclairées qui paralysent tous les efforts de réforme. Aussi, lorsque ces corporations sont admises dans des établissements, il importe de leur enlever toute fonction purement administrative, en leur laissant uniquement la direction des soins domestiques; il importe aussi de ne s'engager avec elles qu'à l'aide d'un contrat qui précise bien nettement les limites de leurs fonctions et de leur devoir.

Dans les asiles consacrés à un seul sexe, la prudence ordonne d'éliminer d'une manière rigoureuse tous les domestiques d'un sexe différent, ou de ne les admettre que dans quelques services généraux.

ARTICLE II.

DES COLONIES D'ALIÉNÉS.

Tout le système thérapeutique que nous venons d'exposer repose sur une base essentielle, l'asile clos de murs

auquel une ferme doit être annexée, disposition que l'on rencontre dans plusieurs établissements français et notamment à Clermont (Oise). Mais nous ne pouvons passer sous silence les principes opposés qui ont été émis et même expérimentés. On a dit que les aliénés devaient être traités à l'air libre et sans contrainte d'aucune sorte; on a voulu instituer pour eux non plus seulement des fermes-asiles, qui, malgré de grandes apparences de liberté, astreignent les malades à un logement commun, à une règle et à une discipline uniformes, mais bien de véritables colonies d'aliénés, analogues à celle qui existe à Gheel depuis plusieurs siècles.

Gheel est un village de Belgique situé dans la Campine, au nord de la province d'Anvers. Au VII^e^ siècle, raconte la légende, un grand nombre d'aliénés y trouvèrent une guérison miraculeuse sur le tombeau d'une jeune fille chrétienne, immolée par son père pour avoir résisté à son amour criminel, et devenue sainte Dymphna. Bientôt ce lieu devint un but de pèlerinage, et les malades qui n'étaient pas guéris par l'intervention de la sainte étant déposés chez les paysans voisins, leur nombre s'accrut peu à peu. Lorsqu'en 1821 Esquirol visita Gheel avec M. Félix Voisin, il y trouva quatre cents aliénés logés chez les paysans, vivant avec eux, errant librement dans les rues et dans la campagne, sans que personne y parût prendre garde. Tout en témoignant son étonnement à l'aspect de ce singulier établissement, Esquirol y signala de graves défauts : l'abus des chaînes de fer et des moyens de contrainte, l'insuffisance de la nourriture et du logement, l'abandon presque complet des malades entre les mains de paysans ignorants et cupides, et l'absence totale de soins médicaux (1). Depuis cette époque et après diverses vicissitudes, l'organisation de Gheel s'est améliorée : on apporte un

(1) Esquirol, *Notice sur le village de Gheel*, 1838, t. II, p. 707.

grand soin dans le choix des paysans ou des bourgeois auxquels les aliénés sont confiés, et dans la surveillance et la mise à exécution des conditions de propreté, de nourriture et de salubrité qui leur sont imposées par les règlements (1); les nourriciers sont récompensés ou punis selon le soin qu'ils apportent à leur tâche; une inspection régulière signale les abus et s'efforce de les prévenir. Enfin, une infirmerie centrale destinée aux malades et aux agités est actuellement en voie de construction. L'aliéné vit au milieu de la famille, prenant son repas et travaillant avec elle, s'occupant des travaux du ménage, circulant librement au milieu des femmes et des enfants, et maniant à volonté les outils les plus dangereux. Et néanmoins les accidents ne sont pas fréquents; il y a peu de suicides et les évasions sont difficiles en raison de la surveillance réciproque exercée par les habitants sur une vaste surface de pays; le nombre des grossesses chez les femmes aliénées est rare, si on le compare à ce qu'il semblerait devoir être avec le degré de liberté dont jouissent les malades et avec le mélange continu des sexes jusque dans la même maison.

Mais, ainsi que l'a fait ressortir M. Jules Falret avec beaucoup de justesse, malgré ces avantages qui frappent au premier coup d'œil, les colonies d'aliénés, comparées aux asiles, offrent sous beaucoup de rapports une notable infériorité : les malades dangereux ou agités y sont soumis à des moyens de contrainte beaucoup plus rigoureux, et lorsqu'on songe à la difficulté que l'on éprouve, même dans des agglomérations d'aliénés, pour prévenir tout sévice de la part des gardiens vis-à-vis de ceux qui leur sont confiés, on devinera sans peine les abus qui doivent se produire quand malades et gardiens sont disséminés sur une vaste étendue de terrain et soumis seulement à un contrôle passager. Le bien-être

(1) *Rapport de M. J. Falret sur la colonie de Gheel*, séance du 30 décembre 1861 de la Société médico-psychologique.

matériel est relativement inférieur à celui des asiles. Ajoutons enfin, et ce point a une importance du premier ordre, que la dissémination des malades est la négation presque absolue du traitement médical : comment les médecins pourraient-ils, malgré tout leur zèle, suivre le traitement individuel de six ou sept cents individus dispersés sur une commune de neuf lieues de pourtour? Quelle action exercer sur des aliénés qui ne sont soumis à aucune règle, à aucune discipline, et se trouvent abandonnés à la libre et complète manifestation de leur délire?

En résumé, les colonies d'aliénés ont l'incontestable avantage de démontrer que beaucoup de ces malades sont moins dangereux qu'on ne le suppose; elles prouvent qu'on peut, sans nuire à la sécurité de tous, leur donner une somme de liberté plus grande que celle qui leur est généralement accordée, mais un esprit inexpérimenté peut seul voir dans ce mode d'organisation une méthode également applicable à toutes les catégories d'aliénés. « La colonie, dit avec raison M. J. Falret, peut convenir aux aliénés arrivés à une période avancée de chronicité, qui sont généralement tranquilles et inoffensifs, qui ne présentent que de loin en loin des paroxysmes d'agitation, et qui n'exigent ni des soins ou un traitement assidus, ni des moyens de répression énergiques. Mais pour les malades qui, dans les périodes aiguës de leur affection, offrent de véritables dangers pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique, pour ceux dont l'état maladif réclame des soins de chaque instant ou un traitement médical suivi avec persévérance, aucun moyen ne pourra remplacer les avantages moraux et matériels que les aliénés trouvent dans des asiles bien organisés (1). »

(1) *Loc. cit.*

CHAPITRE VIII.

Des hallucinations et des illusions.— Hallucinations.— Définition. — Description. — Fréquence relative et mode d'association. — Physiologie pathologique. — Des rapports de l'hallucination avec la folie : Hallucinations compatibles avec la raison ; des hallucinations dans les diverses formes de folie. — Étiologie : causes prédisposantes ; causes occasionnelles de l'ordre moral et de l'ordre physique. — Diagnostic et pronostic.
Illusions. — Définition. — Division. — Description.
Traitement des hallucinations et des illusions.

ARTICLE I.

DES HALLUCINATIONS.

§ 1. — Définition.

Les *hallucinations* sont des sensations externes ou internes perçues par le malade en l'absence des excitants spéciaux destinés à agir sur nos sens. Leur histoire appartient à la symptomatologie de la folie, mais l'importance exceptionnelle de ce phénomène exige qu'on lui consacre un chapitre à part que nous n'avons pas voulu, en raison de son étendue, intercaler au milieu de l'étude de la pathologie générale de la folie.

A l'état physiologique, trois conditions sont nécessaires pour la production d'une sensation. Il faut : 1° l'impression médiate ou immédiate d'un corps ambiant sur un organe sensible ; 2° la transmission de cette impression au cerveau par les nerfs conducteurs ou par l'axe encéphalo-rachidien ; 3° sa réception au cerveau, lequel en a conscience, et croit irrésistiblement à l'existence et aux diverses propriétés du corps qui s'est ainsi révélé à lui : c'est là ce qu'on appelle la *perception*, bien différente de la *sensation*, laquelle n'est pas autre chose que l'impression brute, non réfléchie, non perçue. (Condillac, disons-le tout de suite pour éviter toute méprise, appelait *sensations* des impressions perçues, et telle

a été la cause d'une foule de malentendus dans la discussion de ce sujet.) Or, dans l'hallucination les deux premiers temps manquent : la sensation est perçue sans qu'il y ait eu impression sur les sens, sans que cette impression ait été transmise au cerveau.

L'*illusion*, que nous étudierons plus tard, diffère de l'hallucination en ce qu'elle a son point de départ dans une impression réelle, modifiée ensuite par la réaction d'un cerveau en délire ; c'est une sensation transformée.

Un individu, alors qu'autour de lui tout est en réalité dans un profond silence, entend des voix qui le menacent, lui donnent des ordres, l'appellent traître et assassin : voilà une hallucination de l'ouïe ; un autre prend le bruit du vent, le son des cloches ou des cris lointains et inarticulés, pour des voix injurieuses qui le poursuivent et l'obsèdent : voilà une illusion du même sens.

Il est peu de symptômes qui aient, autant que les hallucinations, attiré l'attention des médecins aliénistes. Leur formes si diverses, leurs connexions avec le délire, leur physiologie, tout a été étudié et analysé à des points de vue divers. Avant d'exposer le résultat de ces recherches, décrivons tout d'abord les divers aspects sous lesquels ce symptôme peut se présenter.

§ 2. — Description.

Tous les sens peuvent être atteints d'hallucinations : les hallucinations de l'*ouïe* sont de toutes les plus communes, et se rencontrent dans les deux tiers des cas. Les malades entendent des bruits de soufflet, des bruits de cloches, quelquefois même des sons musicaux. J'ai vu une femme hallucinée qui, dans certains moments, ravie en extase, entendait les concerts des anges et une musique céleste que rien ne pouvait égaler. Mais les *voix* sont de toutes les formes d'hallucinations la plus commune ; elles sont nettes, distinctes, parfaitement semblables à la voix articulée nor-

male, et rien n'égale la précision avec laquelle les malades les décrivent. C'est parfois une voix bien connue, celle d'un parent, d'un ami, d'un ennemi; parfois au contraire une voix inconnue dont le timbre varie : celle d'un homme, d'une femme, d'un enfant. Bien différentes des voix vagues et confuses qui, partant de l'abdomen, du cœur, de l'épigastre, sont, nous le verrons plus tard, des hallucinations purement intellectuelles, les véritables hallucinations de l'ouïe ont leur point de départ en dehors de l'individu. Tantôt les voix semblent venir d'une personne présente à laquelle naturellement le malade attribue les paroles qui résonnent à son oreille; tantôt des murs, des rideaux, d'une armoire, d'un arbre, d'un animal; et telle est chez le patient l'ardeur de la conviction, que, bouleversant ce qui l'entoure, il cherche par tous les moyens possibles à mettre la main sur ces personnages cachés qui l'obsèdent et qu'il désigne habituellement par des termes vagues et indéterminés : *ils* me disent des injures, *on* me menace, ce sont *eux* qui me tourmentent.

Les hallucinations de l'ouïe consistent souvent en interpellations personnelles : on adresse aux malades des reproches sur certains incidents de leur vie passée; on les accuse de quelque méfait, on leur crie à haute voix un secret qu'ils s'étaient toujours efforcés de conserver. Dans quelques cas, les hallucinations consistent en des ordres donnés impérieusement : la voix défend de manger, de s'habiller, de marcher; elle ordonne de se jeter par la fenêtre, de tuer, et ces ordres finissent presque toujours par entraîner chez l'aliéné des actes irrésistibles conformes aux avertissements émanés de cette puissance inconnue. Bien rarement les hallucinations de l'ouïe annoncent au malade des choses agréables; cependant, dans certains cas, elles soutiennent le pour et le contre, et reflètent les combats de la conscience; une voix conseille le bien, l'autre le mal. Certains aliénés s'entretiennent

successivement avec trois, quatre ou même douze ou quinze interlocuteurs invisibles dont ils prétendent distinguer aisément les différentes intonations; mais il est digne de remarque que les hallucinations de l'ouïe, à mesure qu'elles deviennent moins intenses, perdent de leur précision; les voix sont alors confuses, inarticulées, et l'halluciné ne peut en saisir le sens. Elles deviennent également moins distinctes quand la langue dans laquelle elles se produisent est peu familière au malade. Esquirol rapporte (1) l'histoire d'un halluciné chez lequel les voix se servaient indistinctement de toutes les langues de l'Europe; une seule était entendue moins nettement parce qu'elle empruntait l'idiome russe que le malade parlait moins distinctement que les autres. M. Cerise a cité un fait semblable; j'ai observé moi-même un jeune homme halluciné parlant très facilement l'anglais, l'italien et le français, mais ignorant l'allemand. Or pendant un voyage de plusieurs semaines qu'il fit en Allemagne, ses hallucinations disparurent presque complétement.

Le plus souvent les deux oreilles perçoivent à la fois les hallucinations; il est cependant quelques cas fort rares où les malades n'entendent les bruits que d'un seul côté. M. Moreau parle d'une jeune aliénée qui disait entendre de l'oreille droite seulement le bruit d'une voix imaginaire (2). Il rapporte aussi le cas d'un malade de Bicêtre qui entendait des sons fantastiques, tantôt par l'oreille droite, tantôt par l'oreille gauche, et jamais par les deux à la fois (3). M. Calmeil cite des cas analogues (4). Ces hallucinations, auxquelles M. Michéa donne la désignation impropre d'hallucinations dédoublées (5), ont une certaine importance au point de vue

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 160.
(2) *Psychologie morbide*, p. 331.
(3) *Ouvr. cité*, p. 356.
(4) *Dictionnaire en 30 vol.*, HALLUCINATIONS.
(5) Michéa, *Du délire des sensations*, p. 186.

de la théorie de l'hallucination, et nous aurons occasion de les rappeler; mais s'ils semblent donner une grande importance à l'intervention de l'organe sensorial dans la production de l'hallucination, n'oublions pas que la surdité est loin d'être incompatible avec l'hallucination; bien plus, que la plupart des aliénés qui sont sourds finissent tôt ou tard par être hallucinés de l'ouïe.

Les hallucinations de la *vue* sont moins graves au point de vue du pronostic; elles sont aussi variées à l'infini. Tantôt les malades voient des ombres, des fantômes vagues, mal dessinés; tantôt au contraire les visions sont plus nettes et plus précises, et se comportent exactement comme des objets dont l'existence est réelle. Gruthuisen a vu des cas dans lesquels ces images couvraient les objets extérieurs; dans d'autres cas, sous l'influence d'un strabisme momentané, ces images étaient vues doubles et de grandeur naturelle : ce sont des personnages dont les traits sont connus, des animaux effrayants, des diables, des créatures fantastiques. J'ai soigné une jeune femme hystérique qui, pendant plusieurs mois, voyait devant elle la mort, telle que les peintres la représentent, et la voyait avec tant de netteté, qu'elle aurait pu, disait-elle, reproduire son portrait. Une autre refusait de manger parce qu'elle apercevait des yeux, des figures menaçantes sur tous ses aliments. Dans le délire alcoolique, les hallucinations de la vue prédominent: les malades voient autour d'eux, sur leur lit, sur les murailles, des animaux, des chiens, des chats, des rats, des serpents, des lézards, des grenouilles, et ce symptôme, que nous décrirons plus tard avec soin, est tout à fait pathognomonique de l'intoxication alcoolique.

Au lieu d'être isolées, les hallucinations de la vue peuvent s'associer entre elles et s'enchaîner de manière à constituer une série de visions se rattachant à la même idée prédominante. C'est ce qu'on observe dans l'extase, et surtout dans

les récits qui nous ont été transmis sur les sorciers du moyen âge. Pendant l'extase où ils étaient jetés par la mandragore ou la belladone, des scènes entières se déroulaient devant leurs yeux; ils voyaient le démon, et assistaient aux cérémonies du sabbat qu'ils décrivaient plus tard avec des détails infinis.

De même que les hallucinations de l'ouïe, les hallucinations de la vue peuvent ne se produire que d'un seul côté. Marcel Donat a connu une malade qui voyait sans cesse passer devant ses yeux des araignées, des spectres, des tombeaux. Ces visions ne se manifestaient que lorsqu'elle ouvrait l'œil gauche, le droit étant fermé. Une jeune épileptique, avant d'avoir des attaques, apercevait une roue dentée, au centre de laquelle se trouvait une figure hideuse : l'œil gauche seul était frappé de cette vision (1).

A côté de ces faits, dont l'importance théorique est incontestable, n'oublions pas de mentionner la fréquence assez grande des hallucinations de la vue chez les aliénés aveugles.

Les hallucinations de l'*odorat* et du *goût*, communes au début de la folie, coexistent fréquemment avec un état saburral des voies digestives, et entraînent avec elles le refus d'aliments. Les malades sentent des odeurs d'arsenic, d'ammoniaque, de vapeur de charbon, l'atmosphère est empestée, les aliments sont empoisonnés; bien rarement ils croient respirer des odeurs suaves, et trouvent à leurs aliments une saveur exquise inaccoutumée.

Ces hallucinations sont habituellement fugaces, passagères. J'ai observé cependant chez un hypochondriaque que j'ai perdu de vue, et qui est probablement resté incurable, une singulière hallucination de l'odorat qui persista pendant des années entières. Il était convaincu qu'il exhalait une mauvaise odeur; que cette odeur infectait ses habits, ses meubles, la maison et tous les endroits où il séjournait

(1) Maisonneuve, *Observations sur l'épilepsie*, p. 295.

quelques instants. Il analysait et décrivait ces exhalaisons, se fâchant contre ceux qui combattaient son opinion, et en était arrivé à fuir le monde, à vivre isolé, changeant à chaque instant de vêtements, de place et de domicile.

Les hallucinations de la *sensibilité générale* sont très communes. On voit des malades qui, soit pendant l'état de veille, soit au moment du sommeil, se sentent pincés, piqués, torturés de mille façons. M. Calmeil parle d'un halluciné qui, à chaque instant, se frappait les membres et tout le corps, cherchant à tuer des rats qu'il sentait courir entre ses vêtements et la peau. Berbiguier (1) croyait que des farfadets allaient et venaient continuellement sur son corps. Pour se défendre contre leur puissance, il imagina de les saisir sous son linge avec dextérité, et de les fixer à ses matelas avec des milliers d'épingles, ou bien il les mettait en bouteilles.

D'autres malades ressentent des secousses, des commotions qu'ils cherchent à expliquer par le magnétisme ou l'électricité; quelques-uns se sentent transportés dans les airs, emportés avec la rapidité d'une flèche. M. Calmeil rapporte l'observation d'un vétéran qui se sentait chaque soir clouer dans une bière, emporter sur des bras d'hommes par une voie souterraine, de Charenton à Vincennes, où une messe des morts lui était chantée dans la chapelle du château. Les mêmes personnages invisibles le rapportaient ensuite et le déposaient dans son lit.

Chez quelques-uns, on constate des hallucinations de la sensibilité interne qui offrent un cachet tout particulier et sont peut-être d'un pronostic plus grave. Ils se croient dédoublés, ou bien se sentent grandir et rapetisser. Tout le monde sait avec quelle richesse d'images les hypochondriaques décrivent leurs innombrables douleurs : ils sentent leur cerveau se dessécher, leurs nerfs se racornir, leurs

(1) Tome Ier, p. 126.

intestins se tordre, et dans leurs descriptions si vives, il y a bien évidemment autre chose que de simples conceptions délirantes.

Enfin les hallucinations, surtout chez les femmes, peuvent avoir leur siége dans l'*appareil génital*. Qui n'a vu des hallucinées se plaignant le matin d'avoir été outrageusement violées la nuit par tel individu qu'elles désignent nominativement? Qui n'a lu les récits des sorcières entrant en commerce avec le diable, et racontant les souffrances que leur faisaient éprouver sa semence froide et son pénis rugueux? Plus d'un auteur rapporte des observations d'aliénées se croyant enceintes, éprouvant toutes les douleurs de l'enfantement, parlant des enfants qu'elles viennent de mettre au monde, et chez lesquelles ces hallucinations se sont reproduites un certain nombre de fois.

§ 3. — Fréquence relative et mode d'association.

Les hallucinations peuvent être bornées à un seul sens ou s'étendre à plusieurs sens à la fois.

Sur 106 cas d'aliénation mentale avec hallucinations, recueillis par M. Michéa, ce médecin distingué a trouvé 58 fois des hallucinations limitées à un seul sens, et 48 fois des hallucinations étendues à plusieurs sens à la fois.

Les hallucinations limitées à un seul sens se sont ainsi réparties:

Hallucinations	de l'ouïe.....	27
—	de la vue.....	28
—	du toucher.....	4
—	du goût.....	2
—	de l'odorat.....	1

Sans donner ces chiffres comme ayant une valeur absolue, nous pouvons dire cependant qu'ils représentent d'une manière approximative la fréquence comparative des diverses hallucinations. Ils mettent surtout en évidence un fait

que la pratique confirme chaque jour, c'est-à-dire le nombre relativement très considérable des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Dans les 48 cas où les hallucinations se sont étendues à plusieurs sens, voici, d'après le même auteur, comment elles se sont combinées : Les hallucinations de la vue et de l'ouïe se sont montrées réunies 27 fois ; celles de la vue et du tact, 6 fois ; celles de l'ouïe et du tact, 1 fois ; celles de la vue et du goût, 1 fois ; de l'ouïe et de l'odorat, 1 fois ; de l'odorat et du tact, 1 fois ; de l'ouïe, de la vue et du tact, 5 fois ; de la vue, de l'odorat et du tact, 1 fois ; de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, 1 fois ; de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du tact, 4 fois.

Quand l'hallucination est limitée à un seul sens, les autres sens ne sont pas complices de la fausse perception et servent jusqu'à un certain point à la rectifier. C'est ainsi qu'un malade halluciné de la vue, mais frappé peu gravement encore, avance les mains vers la vision qui l'obsède, cherche à s'assurer de son existence, et ne percevant que le vide, arrive à reconnaître son erreur ; quand la folie est grave, quand les fausses perceptions se systématisent et s'étendent chaque jour, les hallucinations gagnent aussi de proche en proche et envahissent successivement tous les sens. En général, c'est l'ouïe qui est la première atteinte, les autres sens se prennent consécutivement et dans la direction des idées délirantes prédominantes. Un individu croit à des ennemis qui le poursuivent. Un jour il entend leurs menaces, bientôt il les verra, il sentira les coups et les souffrances qu'ils lui infligent, il percevra la saveur des poisons qu'ils mêlent à ses aliments, l'odeur méphitique des miasmes qu'ils dirigent contre lui. Quand l'hallucination est ainsi complexe et systématisée, les malades font de grands efforts d'imagination pour attribuer à une cause logique toutes ces sensations inexplicables qui leur arrivent. Ils parlent de ventriloques, de porte-voix,

d'influences électriques ou magnétiques; ils croient que les murs et les plafonds sont creux et recèlent des ennemis; ils en arrivent à admettre l'existence d'êtres mystérieux qu'ils entendent, qu'ils voient et par lesquels ils sont martyrisés de mille façons; beaucoup d'entre eux se croient possédés du diable et lui attribuent toutes leurs souffrances. Berbiguier avait ses farfadets qu'il regardait comme la cause de tous ses maux. Un malade d'Esquirol parlait de ses bavardes; Socrate avait son démon. J'ai encore dans mon service de Bicêtre un halluciné, malade depuis plus de dix ans, qui écoute les ordres et les avertissements d'un personnage invisible qu'il appelle *Subtil*. Subtil lui parle, le tourmente, le félicite et dirige son existence.

§ 4. — Physiologie pathologique.

Sans aborder encore l'analyse psychologique de l'hallucination, si nous recherchons quelles sont les facultés qui lui fournissent ses éléments constitutifs, nous arrivons à constater que ces derniers proviennent tous, tantôt de la mémoire, tantôt de l'imagination, tantôt de ces deux facultés à la fois.

1° Ils proviennent de la mémoire, car souvent les hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, rappellent des sons, un timbre de voix, un visage, une odeur déjà connus du malade et dont le souvenir fournit les éléments avec une exactitude parfaite. Dans beaucoup de cas ce point de départ se constate avec une grande netteté. « Au début de mes études médicales, dit M. Andral (1), je fus vivement frappé de voir dans un des coins des salles de dissection de la Pitié, le cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain matin, en me levant et m'approchant de la cheminée pour rallumer mon feu, je vis ce cadavre; il était bien là. Je sentais son odeur infecte, et j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il

(1) Andral, *Pathologie interne*, t. III, p. 184.

en fût ainsi; cette hallucination dura un quart d'heure.

M. Baillarger a rapporté l'histoire d'une malade qui, traversant une rue, fut blessée à la tête et renversée par un pot de fleurs tombé d'une croisée. Après être restée plusieurs jours en stupeur et avoir vu guérir un érysipèle qui s'était formé autour de la plaie, la malade semblait entrer en convalescence, lorsqu'elle commença à éprouver une hallucination des plus bizarres. Il lui semble tout à coup recevoir encore le pot de fleurs comme au jour où elle a été renversée. La douleur lui arrache un cri, et à peine elle a été frappée, qu'elle entend bien distinctement le bruit du pot qui se brise en éclats sur le pavé. Elle reste un instant dans un tremblement général avec de fortes palpitations, puis, quand elle est un peu remise, elle cherche autour d'elle les fragments du pot brisé et s'étonne de ne pas les trouver. Cette hallucination si pénible du toucher et de l'ouïe se répète dix, quinze, vingt fois par jour, et chaque fois avec les mêmes circonstances.

Voilà deux exemples remarquables, et l'on pourrait en citer bien d'autres, dans lesquels la mémoire fournit à elle seule tous les éléments constitutifs de l'hallucination.

2° Quelquefois c'est dans l'imagination que sont puisés exclusivement les éléments de l'hallucination; et alors les conceptions délirantes, avec leurs variétés infinies, avec les créations innombrables que peut enfanter un esprit en délire, précédant presque toujours la production de l'hallucination, lui communiquent la richesse et la vivacité de leurs couleurs. M. Michéa (1) rapporte l'histoire d'une couturière de vingt-huit ans qui se trouvait à la Salpêtrière, atteinte d'érotomanie. Elle était éperdument éprise du prince de Joinville. Elle pensait exclusivement à lui, au point qu'avant son entrée à l'hôpital, elle abandonnait la couture, son unique ressource, et

(1) Michéa, *Du délire des sensations*, 1848, p. 59.

stationnait ou rôdait tous les jours, du matin au soir, aux alentours des Tuileries, dans l'espérance de voir sortir ou rentrer le prince et de lui déclarer son amour, soit verbalement, soit par écrit. A la Salpêtrière elle entend des voix qui parlent du prince, et lui disent : « Monseigneur est en ce moment à sa toilette... Monseigneur va au bal... Monseigneur va à la chasse... Monseigneur s'embarque demain sur la *Belle-Poule*. » Voilà des hallucinations dont le point de départ est exclusivement dans l'imagination.

3° Enfin, dans la grande majorité des cas, pour peu que l'hallucination soit complexe et provienne d'individus dont l'éducation a reçu quelque culture, c'est à la fois et dans la mémoire et dans l'imagination qu'elle va puiser ses éléments constitutifs. La réunion de ces deux éléments s'observe chaque jour dans la pratique, même pour des hallucinations fort simples ; mais parfois aussi elle donne lieu à une richesse d'images, à une fécondité d'idées dont on retrouve un exemple remarquable dans l'observation suivante que j'emprunte à M. Falret (1) :

Un homme d'un âge mûr, d'une grande richesse d'imagination et d'un esprit très distingué, s'imagina pendant les grandes chaleurs de l'été, et au milieu d'une belle journée, assister à la formation du monde. Placé au sommet d'une tour élevée, il croyait dominer sur toute la nature et contempler toutes les puissances qui travaillaient à la création du monde. Dans son imagination la création s'opérait d'une manière assez conforme à celle qui est racontée dans les Écritures, mais il s'y mêlait des fables assez semblables à celles qui remplissent les livres orientaux et certains contes des *Mille et une nuits*. Par exemple, au sommet de la tour sur laquelle il était placé, habitaient des génies et des fées qui en partaient pour aller vivifier la nature et être dans les

(1) Falret, *ouvr. cité*, p. 148.

différents mondes les ministres du Très-Haut. Il voyait aussi auprès de lui, comme deux œufs énormes qui, placés au sommet de la tour, étaient pour ainsi dire chauffés et couvés par l'ardeur du soleil, et qui, venant à éclore, donnaient naissance à l'homme et à la femme, mais à un homme et à une femme fort supérieurs à ceux que nous voyons et qui ressemblaient plutôt aux habitants du ciel, tels qu'on se les figure, brillants de jeunesse et d'immortalité, portant des ailes et prêts à s'élancer dans les airs. En même temps il se croyait environné de quadrupèdes et d'oiseaux au-dessus des dimensions ordinaires, et dont les formes et les couleurs lui causaient de la surprise, de l'admiration et parfois aussi de la frayeur, quand ces animaux étaient des lions et des tigres ou des bêtes féroces de cette espèce. Il vit aussi le Père éternel, qui lui apparaissait sous la forme d'un vieillard vénérable, plein de force et de vie, siégeant à l'une des extrémités de la tour sur un trône éclatant, et recevant autour de lui les anges et les génies, auxquels il communiquait ses ordres. Quand ils étaient partis, le Père éternel restait dans une solitude absolue, environné d'une lumière éclatante et voisin des astres. Il tenait à la main un grand livre où étaient écrites les destinées, et ne ressemblait pas mal à la belle figure du Père éternel dans le beau tableau de la *Création* de Raphaël, ou au Dieu de tous les mondes, tel que le représente l'auteur de la *Henriade*. Quant aux ministres de ses volontés, les génies, les anges et les fées, ils lui semblaient aller et venir du sommet de la tour dans les différentes parties de l'univers, comme pour y porter la lumière et la vie. Il les voyait, ou s'élancer de la tour dans les airs et planer sur un ciel bleu au milieu des astres et des étoiles, ou revenir se poser légèrement près de la place où il se trouvait. Les formes sous lesquelles ils lui apparaissaient étaient celles que leur prête d'ordinaire la poésie; elles étaient variées : c'était tantôt la forme humaine, tantôt celle de superbes

oiseaux ou d'autres formes singulières; ils parlaient et étaient doués d'une intelligence supérieure. Quelle était leur langue? C'est ce dont notre malade n'avait aucun souvenir. Mais il se rappelle très distinctement qu'il vivait au milieu de ce monde imaginaire, couché sur cette tour élevée, suspendu avec elle au milieu des airs, bercé par le souffle embaumé des vents, et éclairé d'une lumière éclatante qui lui permettait d'observer le cours des astres et le passage de quelques-uns d'entre eux assez près de la place qu'il occupait.

D'où ont pu venir chez ce malade ces idées singulières, dit M. Falret, et comment expliquer cette longue hallucination? Il est possible que cet homme distingué s'étant occupé assez longtemps, dans ses études antérieures, de l'histoire de la féerie, et ayant même écrit sur ce sujet, son esprit en ait conservé une impression profonde, dont les images se sont renouvelées et se sont combinées ensemble pour former ce tableau singulier et cette explication poétique de la création. Elle est une sorte de mélange confus des idées de la Bible et de celles de la poésie orientale. Ainsi l'idée de cette tour d'où il dominait sur toute la nature, et du haut de laquelle il contemplait autour de lui tous les mondes, a pu lui venir de la tour de Babel ou des jardins suspendus de Babylone et de Ninive. Peut-être aussi la lecture des *Mille et une nuits*, et des fables de l'Orient sur la création, a pu lui suggérer l'idée de ces œufs énormes que chauffait le soleil, et d'où il voyait éclore deux créatures humaines. On trouve, par exemple, dans un conte des *Mille et une nuits* qu'un oiseau gigantesque, appelé le roc, se bâtit un nid au sommet des montagnes, y dépose ses œufs, les y laisse éclore aux ardeurs du soleil, et qu'il en naît des génies. Cette hallucination ressemble beaucoup à cette fable, et les circonstances que nous venons de rappeler en rendent un compte sinon satisfaisant, du moins assez vraisemblable.

Après avoir décrit les variétés nombreuses que présentent les hallucinations, après avoir indiqué dans quelles facultés elles puisent leurs éléments constitutifs, pénétrons plus avant et recherchons quel est le mécanisme physiologique de ce phénomène.

Peu de points ont été plus discutés ; on peut cependant réduire à trois les théories admises par les auteurs. 1° Les uns regardent l'hallucination comme se passant exclusivement dans l'organe sensoriel ; 2° les autres la considèrent comme un phénomène purement intellectuel ; 3° les derniers enfin, tout en regardant certaines hallucinations comme intellectuelles, admettent dans l'immense majorité des cas la présence de deux éléments, un élément sensorial, un élément intellectuel : passons successivement en revue ces trois opinions.

1° L'idée de l'intervention des sens dans la production de l'hallucination devait naturellement venir à l'esprit. Et en effet, les aliénés entendent, voient, sentent, perçoivent, en un mot, toutes leurs hallucinations comme s'il s'agissait de sensations réelles. Rien de plus saisissant que leurs réponses lorsqu'on s'évertue à leur prouver que leurs visions n'existent pas, que les voix qu'ils entendent sont chimériques : mais alors, disent-ils au médecin, je ne dois croire ni à votre existence, ni à vos paroles, puisque je vois, j'entends, je touche ce que vous appelez mes hallucinations, comme je vous vois, vous touche et vous entends.

A l'appui de cette opinion de l'action unique de l'organe sensorial, quelques faits physiologiques et pathologiques ont été invoqués. On a dit qu'en irritant par un moyen quelconque les nerfs des sensations spéciales, on ne produisait pas la douleur comme dans les autres nerfs, mais bien des sensations lumineuses pour le nerf optique, des bourdonnements, des sons pour le nerf auditif : on a rappelé que certains états pathologiques des appareils sensoriaux provoquent de véritables hallucinations, comme, par exemple, chez un sujet

observé par le docteur Guépin (1) : le malade atteint d'ulcère scrofuleux de la cornée et de rétinite, offrit, pendant la durée de sa maladie, les hallucinations de la vue les plus caractérisées. Enfin, on a insisté sur ces faits vraiment remarquables dans lesquels les hallucinations restent limitées, soit à une seule oreille, soit à un seul œil, ou disparaissent complétement alors que les oreilles sont bouchées ou que les yeux sont fermés, comme dans une observation que rapporte Esquirol.

Tels sont les motifs mis en avant par ceux qui ont adopté cette opinion exclusive que les hallucinations résidaient dans les nerfs sensoriaux. Mais des objections d'un grand poids ont été faites à cette théorie : on a rappelé tout d'abord que les hallucinations de l'ouïe et de la vue étaient communes chez les sourds et chez les aveugles aliénés; bien plus, que des hallucinations peuvent exister là où, après la mort, l'anatomie pathologique révèle une désorganisation complète dans une partie ou dans l'ensemble du trajet d'un nerf sensorial. Esquirol (2) a trouvé deux fois les nerfs optiques atrophiés chez des hallucinés de la vue. M. Calmeil (3) a constaté un fait analogue, et M. Foville (4) dit avoir rencontré chez une aliénée tourmentée par des hallucinations de la vue, les nerfs optiques demi-transparents dans la plus grande partie de leur épaisseur, depuis l'orbite jusqu'à l'origine crânienne du nerf.

Dans tous ces cas, l'hallucination ne peut évidemment siéger dans un organe sensorial désorganisé et incapable de fonctionner.

Quant aux arguments puisés dans les phénomènes que

(1) *Étude philosophique sur l'œil et la vision* (*Revue philosophique et religieuse*, janvier 1859, p. 179).

(2) Esquirol, *loc. cit.*, 188-196.

(3) Calmeil, *Dictionnaire* en 30 vol., art. HALLUCINATIONS.

(4) Foville, *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ALIÉNATION MENTALE.

détermine l'excitation d'un nerf spécial, ils ont peu de valeur : on ne saurait en effet comparer des étincelles, des éclairs, des bourdonnements, des sensations vagues et confuses, à une sensation aussi complète, aussi nette que la véritable hallucination.

Et d'ailleurs, si une lésion des nerfs spéciaux était la cause de l'hallucination, cette dernière évidemment devrait être uniforme, identique avec elle-même, de même que dans la rétinite ou dans l'oblitération de la trompe d'Eustache, les malades perçoivent toujours les mêmes étincelles ou les mêmes bourdonnements. Or, il est loin d'en être ainsi : les hallucinations sont mobiles et variables à l'infini, elles sont toujours en rapport avec les idées, les habitudes, les souvenirs du malade, et procèdent directement de son état intellectuel. C'est une forme nouvelle et plus grave sous laquelle se manifestent les préoccupations délirantes du sujet; c'est, en un mot, comme l'a dit M. Lélut (1), une transformation spontanée de la pensée en sensations le plus souvent externes; c'est une sorte de délire sensorial dont les illusions ne sont la plupart du temps que le premier degré.

2° Il est donc impossible de refuser une part active à l'intelligence dans la production de l'hallucination. Mais faut-il, par une exagération opposée, nier que l'hallucination puisse être comparable à une sensation réelle, et la considérer comme se rattachant à une modification cérébrale analogue à celle qui, dans l'état normal, accompagne l'action de l'imagination, comme purement intellectuelle, en un mot.

C'est là une opinion que nous n'hésitons pas à repousser : jamais la représentation mentale, même portée à son plus haut degré, n'arrivera jusqu'à la production de ces sensations extérieures au malade, si nettes, si précises, qui constituent la véritable hallucination. Le musicien qui, en lisant un air,

(1) *Démon de Socrate*, p. 262.

se représente la valeur des sons et prend une idée exacte de la musique qu'il a sous les yeux, n'arrive à ce résultat que par un effort d'imagination ; mais il n'entend pas réellement au dehors de lui les sons musicaux comme l'halluciné, il les entend en dedans et en esprit seulement. Et de même le peintre qui a gravé dans sa mémoire les traits du modèle qu'il est chargé de reproduire, ne les voit pas des yeux du corps comme l'halluciné voit le spectre qui se dresse devant lui ; il les voit des yeux de l'esprit et mentalement, sans que jamais il puisse arriver à se les représenter matériellement.

3° Dans la véritable hallucination, il existe donc un élément sensorial qui ressemble à la sensation telle qu'elle est perçue à l'état normal, et qui éloigne l'idée d'un phénomène purement intellectuel. L'intelligence devient sans doute le point de départ des hallucinations, mais elle ne saurait complétement en expliquer la production ; si dans la sensation normale le mouvement se produit de dehors en dedans, des organes des sens vers le cerveau, dans l'hallucination, au contraire, il a lieu de dedans en dehors, du cerveau vers l'organe. Telle est en peu de mots la théorie mixte qui admet, dans la production des hallucinations, deux éléments, l'un sensorial, l'autre psychique, théorie que M. Baillarger a surtout développée et défendue, et qui nous paraît fondée sur une observation saine et exacte des faits (1).

Cependant, tout en démontrant la nature et le mécanisme des véritables hallucinations qu'il appelle psycho-sensorielles, M. Baillarger n'hésite pas à admettre une hallucination intellectuelle, ou *hallucination psychique*, qui ne réclame pas l'intervention des sens et semble plutôt se rattacher à une variété de délire. Il est certains aliénés qui entendent ce qu'ils appellent des voix intérieures, sorte de parole non articulée, communication muette qui ne retentit que

(1) Voy. Baillarger, t. XII, *Mémoires de l'Acad. de médecine*, p. 273 à 516.

dans l'âme et qui vient du cœur, de la tête ou de l'épigastre. Interrogés sur ce qu'ils éprouvent, ces malades disent très nettement qu'ils n'entendent pas la voix en dehors d'eux-mêmes, ils ne peuvent s'expliquer ni sur son timbre, ni sur son accent, ni sur sa direction; ce n'est pas, disent-ils, une voix ordinaire, ils la perçoivent en esprit seulement et causent avec leur interlocuteur par l'intermédiaire de la pensée : aussi, pendant leurs hallucinations, font-ils à la fois les demandes et les réponses, bien différents des véritables hallucinés qui restent immobiles, écoutant avec anxiété les avertissements qu'ils reçoivent du dehors.

En résumé, les hallucinations purement intellectuelles ne sont pas de véritables hallucinations, c'est une sorte de délire dû à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; quant aux hallucinations véritables, elles comportent toujours l'existence de deux éléments, l'un psychique, l'autre intellectuel.

Il reste, pour compléter l'étude de la physiologie de l'hallucination, à indiquer les conditions psychologiques qui favorisent son développement. M. Baillarger les a rangées sous trois chefs principaux qui résument pour lui les points importants de sa théorie de l'automatisme de l'intelligence dans la production de l'hallucination. Ce sont : 1° l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination; 2° la suspension des impressions externes; 3° l'excitation interne des appareils sensoriaux.

Cette dernière condition se déduit logiquement de l'étude même de l'hallucination, mais ne peut se prouver par l'observation directe. Quant aux deux autres, l'expérience de chaque jour démontre leur vérité; et en effet, dans l'immense majorité des cas, les hallucinations se produisent au moment où les sens ne sont soumis à aucune impression extérieure normale, alors qu'il y a absence de volonté, détente de l'at-

tention, alors, en un mot, que l'intelligence, abandonnée à elle-même, flotte sans guide et sans soutien. C'est ainsi que la fatigue de l'esprit à la suite d'une contention prolongée, que les rêves, l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, favorisent la production des troubles sensoriaux. Il ne faut pas croire cependant que cette loi soit absolue : la science possède quelques cas exceptionnels où l'attention et la volonté ont exercé une influence positive sur l'apparition des hallucinations. M. Michéa cite l'observation d'un jeune monomaniaque qui (1) traduisait immédiatement en fausses perceptions visuelles toutes les idées qui lui traversaient la tête. M. Moreau a consigné l'histoire d'un de ses malades qui se procurait instantanément des hallucinations de la vue : il lui suffisait pour cela d'incliner un peu la tête en avant. Un malade cité par Abercrombie voyait à l'instant les figures qu'il désirait. Jérôme Cardan, enfin, jouissait d'une faculté analogue : *Video quæ volo, oculis, non vi mentis* (2).

Quant à la suspension des impressions externes, elle manque quelquefois, et je suis disposé à attribuer à cette condition physiologique moins d'importance qu'à la précédente. Si dans la majorité des cas, une interpellation, une conversation un peu soutenue arrêtent et préviennent le développement du phénomène morbide, il n'est pas non plus fort rare d'observer des faits, graves il est vrai, dans lesquels, au milieu d'une conversation soutenue, d'un travail qui exige de l'attention, les malades sont brusquement interrompus par la production d'hallucinations.

§ 5. — Des rapports de l'hallucination avec la folie.

Quelle est la valeur de l'hallucination au point de vue de l'aliénation mentale? Dans l'immense majorité des cas, l'hallucination part d'un cerveau déjà malade, et implique par cela

(1) Michéa, *ouvr. cité*, p. 94.
(2) *De rerum varietate*. Lugd., t. VIII, p. 410.

même l'idée de folie; mais il est à cette règle générale d'incontestables exceptions. La science et l'histoire rapportent des faits où des hallucinations bien manifestes ont été compatibles avec un état mental parfaitement régulier, soit que le malade eût conscience de la nature de l'hallucination et ne crût pas à sa réalité, soit que tout en croyant à sa réalité, il ait toujours conformé ses actes aux règles de la raison la plus sévère.

1° Hallucinations compatibles avec la raison.

Les malades qui ont conscience de la nature de leurs hallucinations, qui ne placent pas leur conviction intime au-dessus de la conviction commune, qui rectifient l'erreur d'un sens, soit à l'aide du jugement, soit à l'aide des investigations des autres sens, ceux-là ne sont pas réellement aliénés, mais leur situation intellectuelle est dangereuse : longtemps ils luttent contre les sensations anormales qui les obsèdent et se répètent à eux-mêmes que les voix qu'ils entendent, que les visions qui frappent leurs yeux, ont une existence purement chimérique; il vient presque nécessairement un instant où ils succombent, et dès qu'ils en arrivent à croire à la réalité de leurs hallucinations, dès que leur conviction est établie dans ce sens, ils sont aliénés, et les actes délirants ne tardent pas à se produire. L'histoire de beaucoup d'hallucinés offre au début des traces non douteuses de cette lutte curieuse et saisissante entre la raison et la folie, lutte inégale dans laquelle la raison succombe presque toujours : citons quelques-uns de ces faits, réunis en grand nombre par M. Michéa et M. Brierre de Boismont (1), dans lesquels on voit les hallucinations exister comme symptôme isolé au milieu d'une intelligence saine, chez des individus ayant conscience de la nature de ce phénomène.

Bottex raconte qu'un employé d'une brasserie de Stras-

(1) Voy. Michéa, *op. cit.*, p. 221. — Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 3e édit., p. 20 et suiv.

bourg, s'étant rendu à Saint-Étienne, habitait cette dernière ville depuis deux mois, lorsqu'une nuit il entend marcher autour de son lit et sent quelque chose qui semble passer par-dessus la couverture; le lendemain, à la même heure, même bruit, mais il entend distinctement ces mots : « Ah ! je t'ai donc trouvé ! » Il reconnaît la voix d'une jeune personne qu'il a laissée à Strasbourg. Depuis lors cette voix le poursuit partout et lui demande de l'argent, lui parle de mariage, et le menace du diable s'il ne se rend à ses instances.... Il ne voit pas la femme qui lui parle, mais il entend très distinctement sa voix; il ne se passe pas d'heure qu'elle ne lui adresse la parole. Lorsqu'on lui dit de l'écouter, il penche la tête à gauche et ne tarde pas à l'entendre; il répète alors mot pour mot ce qu'elle dit... Cet homme jouit de toute sa raison; il sait fort bien que la femme dont il entend la voix n'est pas auprès de lui. Il faut, dit-il en riant, qu'elle ait fait un pacte avec le diable; il ne peut expliquer autrement ce qu'il éprouve, mais il ne s'arrête pas à cette idée qu'il sait être ridicule.

Tous les auteurs rapportent l'histoire du libraire Nicolaï (de Berlin), qui, sous l'influence de chagrins prolongés et d'un léger degré de congestion cérébrale, éprouva pendant dix mois les hallucinations de la vue les plus étranges, associées bientôt à des hallucinations de l'ouïe : lui-même a laissé un récit parfaitement circonstancié et une analyse remarquable de tous ces troubles sensoriaux dont il eut toujours parfaitement conscience, et qui ne troublèrent pas un instant ses facultés intellectuelles.

L'hallucination, quoique reconnue et appréciée pour ce qu'elle est par la personne qui l'éprouve, peut, par sa persistance et sa durée, produire sur l'esprit une impression si fâcheuse, qu'elle devient cause de la mort. Walter Scott (1)

(1) *Histoire de la démonologie et de la sorcellerie*, trad. de Defauconpret, p. 228.

en cite un exemple que nous rapportons ici en abrégé. Il s'agit d'un jurisconsulte éminent qui, tombé dans une tristesse profonde, finit par avouer à son médecin que depuis deux ou trois ans il était sans cesse obsédé par des visions. C'était d'abord un gros chat noir qui se trouvait continuellement devant ses yeux; plus tard le chat fut remplacé par un personnage en tout semblable à un huissier; au bout de quelques mois, l'huissier disparut pour faire place à une apparition désolante, à un squelette, qu'il voyait sans cesse, et dont la présence le jetait dans une angoisse profonde. Rien ne put faire disparaître cette vision, et le mala de finit par succomber dans le marasme.

Dans toutes les observations que nous venons de citer, les sujets avaient conscience de leurs hallucinations, et il ne répugne pas à l'esprit d'admettre qu'ils sont restés sains d'esprit tant que le jugement ou les autres sens sont intervenus pour rectifier une fausse sensation. Mais l'appréciation devient plus embarrassante dans les cas où les individus, tout en conformant leurs actes aux règles de la raison la plus sévère, tout en s'élevant par leurs facultés intellectuelles, par la hardiesse et la portée de leurs conceptions, à des hauteurs peu accessibles aux esprits vulgaires, ont néanmoins des hallucinations et sont convaincus de leur réalité. On sait que M. Lélut (1), examinant au point de vue de la pathologie mentale certains personnages célèbres dans la philosophie et dans l'histoire, est arrivé à constater chez eux d'une manière irréfutable l'existence d'hallucinations : il a fait voir que le démon qui parlait à Socrate, qui le guidait dans toutes les circonstances de sa vie, dont il parlait sans cesse, n'était pas autre chose qu'une hallucination de l'ouïe, de tous points comparable à celles que nous observons chaque jour dans les asiles; et, poussant jusqu'au bout l'ana-

(1) Lélut, *Du démon de Socrate*, 1856.

logie, il n'a pas hésité à déclarer comme conclusion que Socrate était aliéné. Cette voie nouvelle et féconde a été suivie par d'autres médecins qui, généralisant l'idée de M. Lélut, ont appelé l'attention sur les documents historiques établissant l'existence d'hallucinations chez Luther, Mahomet, Jeanne Darc et tant d'autres, et ont admis que l'état intellectuel de tous ces personnages devait rentrer dans le domaine de la pathologie mentale.

Pour nous, nous n'hésitons pas à rejeter la conclusion trop absolue de M. Lélut et de son école. Entre la raison et la folie, la limite est parfois sans doute confuse et difficile à tracer, et nous reconnaissons cette vérité démontrée par M. Moreau, que la prééminence des facultés intellectuelles a souvent pour condition organique un état maladif spécial des centres nerveux. Néanmoins la grandeur des vues, la rectitude hardie de la conduite, sépareront toujours le fou de l'homme de génie, et sous ce rapport pratique, les personnages que nous venons d'énumérer ne sauraient être assimilés aux aliénés. Disons seulement que l'hallucination, qu'elle appartienne à l'histoire profane ou à l'histoire religieuse, ne doit jamais être considérée comme un phénomène physiologique ; que dans les cas où, résultat de passions ardentes, de convictions exaltées, elle coïncide avec une sagesse parfaite dans les actes, elle crée, malgré tout, une situation intellectuelle anormale et dangereuse, difficile à classer d'une manière absolue, mais pouvant bien vite conduire à la folie.

2° Hallucinations dans les diverses formes de folie.

Malgré l'intérêt réel qu'ils présentent et les controverses nombreuses dont ils ont été le point de départ, les exemples d'hallucinations compatibles avec la raison sont assez rares, et, en règle générale, l'hallucination, liée intimement à des troubles de l'intelligence, joue un rôle du

premier ordre dans la symptomatologie et l'histoire de la folie.

Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les statistiques ayant pour but d'établir la proportion des hallucinations dans la folie en général.

Suivant Esquirol, sur 100 aliénés, 80 au moins ont des hallucinations.

Sur 145 malades en traitement à Bicêtre, dit M. Baudry, 56 ont présenté des hallucinations (1).

Sur 206 aliénés, M. Michéa (2) a rencontré 106 hallucinés, c'est-à-dire un peu plus de la moitié : proportion qui me paraît conforme à la généralité des observations.

Dans tous ces cas, les hallucinations se montrent sous deux aspects différents ; ou bien elles constituent le premier symptôme de folie, et entraînent, soit d'emblée, soit après une lutte plus ou moins longue, les convictions délirantes du malade ; ou bien elles se développent consécutivement à un délire déjà organisé, et sont à la fois pour lui, et un nouveau mode de manifestation, et un aliment qui multiplie les fausses conceptions.

Les hallucinations varient d'ailleurs en fréquence selon les formes de la folie.

Sur 87 cas de délire partiel, MM. Aubanel et Thore ont noté 46 fois des hallucinations. M. Brierre de Boismont, sur 303 monomaniaques, en a trouvé 248 atteints d'hallucinations et d'illusions : de toutes les formes de folie, la monomanie est celle qui présente les hallucinations les plus nettes, les plus persistantes et les plus systématisées, et il existe même une variété, la monomanie sensoriale, dont les hallucinations constituent le symptôme sinon unique, du moins prédominant.

Dans la stupidité, les hallucinations multiples, confuses,

(1) Baudry, *Thèse*, 1833, p. 14.

(2) Michéa, *op. cit.*, p. 258.

incohérentes, souvent terrifiantes, ont été rencontrées 3 fois sur 10 par M. Michéa.

Sur 229 cas de manie, M. Brierre en a rencontré 178 compliqués d'illusions et d'hallucinations : ici, les illusions prédominent, et les hallucinations, en raison même de la nature du délire, sont fugaces, passagères, mal délimitées.

Sur 82 malades en démence, 41 fois des hallucinations ont été constatées, offrant d'ailleurs le caractère puéril et incohérent de l'affaiblissement intellectuel.

Enfin, sur 47 faits de paralysie générale, M. Brierre de Boismont a trouvé 37 fois des hallucinations et des illusions : les hallucinations, dans cette forme de maladie mentale, ont, en général, peu d'intensité et peu d'influence sur l'ensemble du délire ; j'ai vu cependant quelques cas où elles se présentaient pendant des mois entiers avec une rare persistance et imprimaient au délire un cachet particulier.

Chaque forme de maladie mentale devant être décrite plus tard isolément, nous nous bornons ici à ces indications, uniquement destinées à compléter un aperçu général des hallucinations.

§ 6. — Étiologie.

Étudier d'une manière complète les causes des hallucinations, ce serait refaire de nouveau l'étiologie de la folie. Mais sans entrer dans des considérations étendues qui constitueraient une fastidieuse répétition, il est bon d'insister sur certaines conditions qui, même en dehors de l'état de folie, influent d'une manière plus spéciale sur le développement de ces troubles sensoriaux.

I. — Causes prédisposantes.

Nous ne dirons que peu de chose des causes prédisposantes, notamment de l'*hérédité*, que nous avons déjà étudiée. L'*âge* offre ceci de remarquable, que la plus tendre enfance

ne met pas à l'abri des hallucinations, car M. Thore a observé des visions même chez de jeunes enfants de dix-huit mois (1). Il n'est pas prouvé que le *sexe* exerce quelque influence sur la fréquence de ce symptôme, mais il est certain que chez les femmes, les hallucinations revêtent plus volontiers le caractère érotique. Les grands *froids* et les grandes *chaleurs* prédisposent aux troubles sensoriaux.

II. — Causes occasionnelles.

1° Les causes occasionnelles de l'*ordre moral*, tout en aidant au développement des hallucinations, influent sur leur nature et leur aspect.

Les ténèbres, la frayeur, un récit émouvant, une crainte préconçue, suffisent pour faire voir à un esprit frappé l'apparition dont on l'a entretenu. Dans les temps de superstition où la croyance au démon était si répandue, cette idée suffisait pour donner au délire une tournure à part, et chaque halluciné voyait, dans les plus minutieux détails, le diable tel qu'il l'avait entendu décrire. Le remords fait apparaître au coupable celui qui a été sa victime, et l'espoir, la crainte, les pressentiments, sont souvent le point de départ de ces visions, de ces hallucinations de l'ouïe qui, coïncidant avec des événements réellement accomplis, produisent tant d'impression sur les gens du monde et les portent à croire à de mystérieuses influences.

2° Les causes occasionnelles de l'*ordre physique* sont des états, soit physiologiques, soit pathologiques, qui agissent directement ou indirectement sur l'encéphale : nous mentionnerons principalement l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, le rêve; la congestion cérébrale, quelle que soit sa nature; laméningite, l'encéphalite; les hémorrhagies, la

(1) Thore, *Des hallucinations de la première enfance* (*Ann. méd.-psych.*, 1849, p. 72).

chlorose, l'abstinence prolongée; les fièvres de toute nature, les affections inflammatoires; et enfin les névroses, la rage, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée.

a. État intermédiaire à la veille et au sommeil. — Le passage du sommeil à la veille, et surtout de la veille au sommeil, alors que le sujet est à peine assoupi, prédispose aux hallucinations. Cet état intermédiaire, dont M. Baillarger a signalé l'influence (1), amène en outre un redoublement d'activité dans les illusions et les hallucinations chez les sujets habituellement en proie à des troubles sensoriaux; il suffit à quelques individus aliénés ou sur le point de le devenir, d'abaisser les paupières pour que ce phénomène se produise, mais aussi, dès que l'assoupissement cesse, il disparaît; la lumière d'une lampe, une clarté un peu vive, suffisent pour empêcher sa production. Ces hallucinations, que M. Alfred Maury appelle *hypnagogiques*, offrent parfois assez de suite et de liaison; tout en reposant sur des connaissances acquises, sur des faits dont on s'est préalablement rendu compte pendant l'état de veille, elles n'excluent ni l'attention, ni le jugement, ni la mémoire, ni les autres opérations intellectuelles, mais l'esprit, au milieu de cette somnolence, est entraîné par une sorte d'enchaînement fatal; tout en sachant ce qu'il fait, il agit sans le vouloir et sans réflexion, et assiste comme un étranger à ses propres actes (2).

b. Rêves. — Le sommeil lui-même est loin d'être un obstacle à la production des hallucinations. On a distingué et avec raison deux espèces de rêves : les uns, purement intellectuels, dans lesquels on voit et l'on entend par les yeux de l'esprit; les autres accompagnés d'hallucinations réelles, et

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1842, t. VII, p. 758.

(2) A. Maury, *De certains faits observés pendant les rêves et dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil* (*Annales méd.-psych.*, 1857, p. 174).

qui laissent après eux un souvenir aussi net et aussi précis que si le fait s'était véritablement passé sous les yeux du sujet. Aussi ce n'est pas sans raison que des aliénistes ont cherché à établir l'identité de l'état de rêve et de la folie (1), non pas l'identité organique, mais l'identité psychologique, résultant dans les deux cas de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination qui, abandonnées à elles-mêmes, forment mille combinaisons bizarres auxquelles nous assistons sans pouvoir les modifier : c'est là ce que M. Maury a appelé l'automatisme de l'intelligence.

Il est d'ailleurs remarquable que quelques aliénés raisonnent le jour en conformité des idées et des perceptions de la nuit, qui sont devenues, pour eux, l'objet d'une conviction profonde. Leuret avait déjà noté que certains malades ne déraisonnaient jamais s'il ne se mêlait à la conversation rien qui eût trait à leurs rêves. Bien plus, on a vu des hallucinations développées pendant l'état de rêve, persister même après le réveil. M. Michéa (2) en cite deux exemples curieux. Une certaine nuit, dormant d'un sommeil léger, saint Bernard entendit comme les voix d'une nombreuse multitude passant auprès de lui. S'étant éveillé et entendant plus distinctement ces mêmes voix, il sortit de la cellule où il était couché, et suivit ces voix qui s'éloignaient. — La compagne de sainte Thérèse, sœur Anne de Saint-Barthélemy, aperçut, une nuit, en songe, la Vierge tenant l'enfant Jésus dans ses bras; la sœur Anne s'étant réveillée, la vision persista avec la même clarté que durant le sommeil.

Les hallucinations du sommeil persistant pendant l'état de veille, peuvent avoir des conséquences désastreuses, et acquérir une grande importance médico-légale. Hoff-

(1) Moreau de Tours, *De l'identité de l'état de rêve et de la folie* (*Ann. méd.-psych.*, 1855, t. XIX, p. 361).

(2) *Op. cit.*, p. 91.

bauer (1) rapporte l'histoire d'un paysan qui, éveillé en sursaut par un songe effrayant, aperçoit, même après son réveil, un fantôme qui s'approche de lui : saisi de frayeur, il s'empare d'une hache, frappe avec fureur et tue sa femme qui reposait près de lui.

L'influence exercée sur la production des hallucinations par le sommeil, et surtout par l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, état caractérisé très probablement par une modification dans la circulation cérébrale, nous amène à parler de quelques états pathologiques dans lesquels le trouble organique est plus nettement appréciable.

c. Affections cérébrales.— C'est ainsi que les hallucinations et les illusions peuvent être liées à l'état congestif du cerveau. Non-seulement on les rencontre dans la congestion cérébrale à forme régulière, mais encore on les a notées comme symptômes précurseurs dans l'hémorrhagie cérébrale (2) ; peut-être est-ce à la congestion du cerveau qu'il faut encore attribuer les hallucinations survenues sous l'influence d'un froid violent (3), ainsi que les hallucinations de la vue qui troublent le sommeil des malades atteints d'affections du cœur, chez lesquels la circulation cérébrale s'exécute d'une manière très imparfaite (4).

La méningite, l'encéphalite, la méningite cérébro-spinale épidémique peuvent s'accompagner d'hallucinations et d'illusions de l'ouïe, et surtout de la vue ; mais ces troubles sensoriaux n'ont alors qu'une valeur secondaire et se confondent au milieu des autres symptômes.

d. Causes débilitantes. — On a vu des hallucinations multiples se développer sous l'influence de la chlorose, d'hémorrhagies abondantes, de pertes séminales excessives,

(1) Voy. Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, p. 270.
(2) Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 34.
(3) *Archives méd.*, 1824, t. XXIX, p. 262.
(4) *Ann. méd.-psychol.*, 1844, t. IV, p. 177.

et disparaître quand un traitement général avait relevé les forces du malade et rendu au sang sa composition normale.

D'autres causes débilitantes, comme l'insomnie, les jeûnes prolongés, agissent de la même façon. C'est par une abstinence prolongée pendant trente, quarante jours, et même plus, que certains extatiques se préparaient aux visions qu'ils se donnaient volontairement, et dont ils ont laissé des descriptions si parfaites. M. Savigny, naufragé sur le radeau de la *Méduse*, en proie aux horreurs de la faim, voyait autour de lui une terre couverte de belles plantations, et il se trouvait avec des êtres dont la présence flattait ses sens. Parmi ses compagnons, les uns se croyaient encore à bord de la *Méduse*, entourés des mêmes objets qu'ils y voyaient tous les jours; ils apercevaient des navires et les appelaient à leur secours, ou bien une rade au fond de laquelle se trouvait une superbe ville; un autre croyait parcourir les belles campagnes de l'Italie (1).

e. Fièvres, phlegmasies. — Un simple mouvement fébrile suffit chez des individus prédisposés pour développer des hallucinations. Rien n'est plus commun chez les enfants, qui, le soir, pour peu qu'une légère indisposition ait accéléré le pouls, voient des fantômes, des objets effrayants qui troublent même leur sommeil. J'ai connu une vieille dame sujette à des accès de fièvre intermittente, chez laquelle chaque mouvement fébrile s'accompagnait de délire et d'hallucinations de la vue. Tout d'abord les malades décrivent avec beaucoup de sang-froid ces visions dont ils reconnaissent la nature et auxquelles ils n'attachent aucune importance; bientôt ils en sont importunés et cherchent à s'en débarrasser comme d'une sensation incommode; plus tard ils croient à la réalité de leurs hallucinations, et c'est qu'alors ils sont en proie au

(1) *Relation du naufrage de la Méduse*, 4e édit., 1821, p. 121 et 122; et Brierre de Boismont, *op. cit.*, p. 441.

délire. Conolly a très bien décrit ces divers degrés, qu'il n'est pas rare d'observer chez le même malade, selon que la maladie progresse ou diminue.

Les hallucinations se rattachent encore à titre de phénomène sympathique à beaucoup d'affections, soit générales, soit locales, dans lesquelles le système nerveux se trouve affecté secondairement : c'est ainsi qu'on les a signalées dans le typhus, la peste, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, l'érysipèle de la face, le phlegmon du cuir chevelu, la pneumonie, la phthisie pulmonaire, la variole ; soit dans la période ascendante de ces diverses affections, et alors elles sont dues à l'intensité du mouvement fébrile ; soit dans la période terminale, et alors elles s'expliquent naturellement par la faiblesse extrême de malades épuisés par la fièvre hectique.

f. Névroses. — Les hallucinations s'observent à titre de complication dans un grand nombre de névroses qui se rattachent ainsi indirectement à la folie.

Elles constituent un symptôme essentiel de l'extase, et par le spectacle merveilleux qu'elles déroulent devant le malade, le maintiennent dans un état prolongé de ravissement et de béatitude. Il suffit de lire le récit des extases de saint Paul, et surtout l'*Apocalypse* de saint Jean, pour voir combien l'hallucination des extatiques peut revêtir de grandeur et de fécondité dans ses images.

Elles jouent un rôle important dans l'*épilepsie*, car il arrive quelquefois que l'aura est constituée par un trouble sensorial : les malades, un instant avant le début de l'attaque, voient des objets lumineux ou des ombres qui s'étendent et les enveloppent ; ils sentent des odeurs fétides, entendent des bruits lointains, ou un fracas semblable à celui du tonnerre ; chez d'autres, c'est au contraire immédiatement après l'attaque que les hallucinations apparaissent ; il survient des visions, ou plus souvent encore des voix qui expliquent ces

mouvements impulsifs redoutables auxquels sont exposés les épileptiques au sortir de leurs accès convulsifs.

Rien n'est moins rare que les hallucinations dans l'*hystérie*, alors même qu'il n'existe aucune complication d'aliénation mentale : quelques hystériques voient tous les objets colorés en rouge ou en vert, d'autres entendent des bourdonnements, des soufflements, ou des bruits semblables à ceux que peuvent produire des corps métalliques. Il en est qui sont poursuivies par des odeurs imaginaires : ainsi l'une d'entre elles, dit M. Briquet (1), croyait toujours, après les accès, percevoir une odeur de cadavre ; beaucoup respirent avec bonheur des odeurs fétides, telles que celles du musc, du camphre, de l'asa fœtida ; on connaît les transformations du goût et les modifications pathologiques que présente la sensibilité générale pendant la durée de cette affection.

Enfin, dans le cours de la *chorée*, et surtout de la chorée hystérique, j'ai signalé le premier (2) l'existence d'hallucinations. Ces hallucinations sont, le plus souvent, limitées au sens de la vue : rarement elles envahissent le sens de l'ouïe et la sensibilité générale. Le soir, dans cet état intermédiaire à la veille et au sommeil, ou même le jour quand ils ferment les yeux, les malades voient autour d'eux des objets effrayants, des fantômes, des figures fantastiques, des têtes de mort, des croix, des cercueils, des cimetières, des sorciers avec tout leur appareil ; ou bien encore des animaux, des lions, des loups, des chats, des chiens qui grimpent sur leur lit, se cachent dans les rideaux pour reparaître un instant après. Lorsque la chorée a éclaté à la suite d'une vive frayeur, souvent l'objet qui a si vivement frappé l'attention détermine la nature de l'hallucination. Quand les malades ouvrent les yeux, les visions persistent pendant quelque temps encore

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 308.

(2) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIV. — *Bulletin de l'Académie* du 12 avril 1859, t. XXIV, p. 741, 1076.

et souvent en changeant de forme et d'aspect, puis elles finissent par disparaître et reviennent de nouveau dès que les paupières s'abaissent, pour se prolonger sous forme de rêves, même au milieu d'un profond sommeil. Il en résulte pour les choréiques beaucoup d'inquiétude et d'angoisse ; ils s'endorment avec peine, et lorsque leurs hallucinations se prolongent pendant le rêve, on observe alors ces réveils en sursaut, ces cris, ces cauchemars observés depuis si longtemps, mais dont on n'avait pas encore suffisamment cherché le point de départ.

Les hallucinations ne s'observent pas à toutes les périodes de la chorée : tantôt c'est un symptôme avant-coureur qui se manifeste plusieurs jours avant l'arrivée des phénomènes convulsifs ; tantôt au contraire elles apparaissent au moment où la maladie convulsive est à son paroxysme, et alors elles se trouvent associées à d'autres troubles intellectuels : irritabilité, défaut de mémoire, hébétude. Leur disparition est un signe d'un pronostic favorable, coïncidant toujours avec une diminution sensible dans l'étendue et l'intensité des mouvements choréiques. Lorsqu'au contraire ces hallucinations deviennent plus nombreuses et plus saisissantes, elles peuvent devenir le point de départ d'un véritable délire maniaque qui aggrave considérablement le pronostic de la maladie première.

g. Intoxications. — Terminons cette énumération en rappelant les diverses substances toxiques dont l'ingestion peut amener le développement d'hallucinations. Le plomb, l'acide carbonique, le protoxyde d'azote, l'oxyde blanc d'arsenic, ont paru, dans quelques cas, déterminer des troubles hallucinatoires de l'ouïe et de la vue. Il en est de même du camphre, de la noix vomique, du sulfate de quinine, de la digitale, et surtout des solanées vireuses, comme la morelle, la jusquiame, la belladone, le datura stramonium, la mandragore : c'est avec cette dernière plante, dite herbe aux

sorciers, que ceux-ci composaient la pommade verte avec laquelle les initiés se frottaient les aisselles avant de se rendre au sabbat. Le haschisch, dont M. Moreau a étudié la curieuse influence, détermine un délire complet dans lequel les illusions et les hallucinations jouent un rôle important. Sentiment de bonheur, dissociation des idées ou affaiblissement du pouvoir de les diriger; erreur sur le temps et l'espace; développement de la sensibilité de l'ouïe; idées fixes et conceptions délirantes; lésions des affections, comme la défiance ou le retour de sentiments passés à l'état de souvenir; impulsions irrésistibles; enfin illusions et hallucinations, tels sont les huit principaux phénomènes qu'une analyse psychologique ingénieuse a permis à M. Moreau de distinguer au milieu du délire passager causé par le haschisch, délire dont l'étude a éclairé singulièrement plusieurs points de l'histoire de la folie (1).

A côté de ces diverses substances toxiques, plaçons enfin le café, l'opium et les boissons alcooliques, auxquels nous consacrerons plus tard un article spécial.

§ 7. — Diagnostic.

Le *diagnostic* de l'hallucination repose avant tout sur l'aveu du malade et sur la description très détaillée qu'il peut donner lui-même de ses sensations maladives ; au milieu de ses plaintes, de ses accusations, on arrive bien vite à découvrir le point de départ du délire, et à obtenir des explications assez catégoriques pour ne laisser aucun doute dans l'esprit, et pour permettre de distinguer l'hallucination réelle de la fausse hallucination qui est tout intérieure, et dans laquelle le sujet en délire converse avec lui-même et fait à la fois les demandes et les réponses. Il est bon, toutefois, de s'assurer auprès de l'entourage du malade que les

(1) Moreau (de Tours), *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, études psychologiques. Paris, 1845.

bruits, les odeurs, les saveurs dont il se plaint ne correspondent à rien de réel.

Mais il peut arriver que l'halluciné, placé vis-à-vis du médecin qui le questionne, se tienne sur la réserve, nie avec obstination, réponde d'une manière évasive à toutes les demandes, ou se maintienne dans un mutisme absolu. Si avec de l'adresse, si en le flattant, en le rudoyant, en le mettant en colère, on ne parvient à obtenir aucun aveu, il faut se contenter d'une observation rigoureuse maintenue pendant quelques jours. Il est rare, en effet, que l'halluciné, même celui qui dissimule avec le plus de ténacité, ne finisse pas par se trahir : on le verra, lorsqu'il ne se croit pas observé, écoutant aux portes, faisant des gestes bizarres, se bouchant les oreilles, regardant fixement un point éloigné et laissant paraître sur son visage les diverses émotions qu'il éprouve. Celui-ci flaire ses boissons et les rejette avec colère ; celui-là, au milieu d'un état de calme apparent, se livre tout à coup à un acte de violence inattendu. En général, toutes les fois qu'un aliéné se laisse aller à des habitudes singulières qui ne peuvent s'expliquer par aucune idée délirante connue et avouée, et qui par leur étrangeté semblent hors de proportion avec le degré de la maladie, on est en droit de soupçonner quelque hallucination qui sert de mobile à ces actes en apparence inexplicables; mais il faut ne pas se prononcer à la hâte, et ne jamais oublier que l'aveu direct ou indirect du malade est encore la seule base qui permette d'asseoir le diagnostic d'une manière inattaquable.

§ 8. — Pronostic.

Le *pronostic* des hallucinations dépend surtout des conditions pathologiques au milieu desquelles elles se développent. Liées à un état fébrile aigu, à quelque affection inflammatoire ou à une intoxication, elles ont peu de gravité, et sauf quel-

ques cas exceptionnels, disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance. Dans la manie, dans la mélancolie, leur pronostic n'est pas autre que celui de la maladie première, mais dans la monomanie elles sont l'indice d'un délire infiniment plus grave et plus tenace; dans la paralysie générale, elles n'ont qu'une importance secondaire et disparaissent presque constamment après la première période de la maladie.

Les hallucinations survenant d'emblée, et non consécutivement à un délire déjà organisé, guérissent plus facilement que les autres; limitées à un seul sens, elles sont moins graves que lorsqu'elles sont multiples; celles de la vue sont moins tenaces que celles de l'ouïe. Toutes empruntent à leur durée un pronostic variable; des hallucinations n'existant que depuis un petit nombre de mois, de semaines, sont plus facilement accessibles aux moyens de traitement, tandis que la chronicité diminue singulièrement les chances de guérison.

Il faut enfin ne jamais oublier qu'au point de vue des actes qui peuvent en résulter, les hallucinations sont une des formes les plus graves de folie, et nécessitent par elles-mêmes une rigoureuse surveillance, et que le suicide, l'homicide, l'incendie, les mouvements de violence instantanés, font des hallucinés la catégorie d'aliénés la plus dangereuse à tous égards.

ARTICLE II.

DES ILLUSIONS.

§ 1er. — Définition.

L'illusion diffère de l'hallucination en ce qu'elle nécessite toujours une impression réelle, modifiée ensuite par la réaction d'un cerveau en délire; ce n'est pas autre chose qu'une sensation transformée, une impression sensible vraie perçue d'une manière vicieuse; l'hallucination au contraire est créée

de toutes pièces et n'a pas besoin de l'intervention active des sens.

Les illusions et les hallucinations, malgré cette différence psychologique, offrent les connexions les plus intimes; elles se compliquent, s'associent et se transforment incessamment; elles ont le même pronostic, car dans les deux cas, ainsi que l'a dit M. Aubanel, c'est un délire dont le résultat est une fausse perception; elles ont le même traitement, et sauf quelques nuances, ont une histoire pathologique identique.

§ 2. — Division.

1° *Illusions naturelles.* — Il est certaines illusions naturelles qui s'expliquent parfaitement par les lois de la physique : une tour carrée vue de loin paraît ronde; pour celui qui est dans un bateau, le rivage paraît fuir; le marbre semble plus froid que le bois et que la plupart des autres corps, ce qui tient non à une différence réelle de chaleur, mais à une simple différence de conductibilité. Tous ces phénomènes, et tant d'autres encore, dont il est facile de se rendre compte, ne doivent pas être rangés, au point de vue de la médecine mentale, parmi les illusions proprement dites.

2° *Illusions par lésion des organes des sens.* — On observe des illusions d'un autre ordre dues à des altérations très diverses des organes des sens. Les mouches volantes, la berlue, ont été expliquées par des opacités partielles du cristallin, par des dilatations anévrysmatiques ou d'autres lésions partielles de la rétine. Le tintouin, les bourdonnements d'oreilles, un bruit incessant de cloches, peuvent tenir, soit à une oblitération de la trompe d'Eustache, soit à des lésions des canaux demi-circulaires. On a trouvé dans le passage du sang anémié à travers la carotide interne, près de l'appareil auditif, la cause des bruits confus que perçoivent les chlorotiques, soit pendant l'état de veille, soit même pendant le sommeil, alors qu'en rêvant ils croient être auprès

d'une cascade ou entendre le bruit du tonnerre lointain. Dans les faits de cette nature, tout se passe dans l'appareil sensorial, l'intelligence ne participe en rien à la production du phénomène ; aussi ces illusions, que M. Michéa appelle avec raison *sensoriales* (1), n'appartiennent pas à la pathologie mentale tant que le jugement les rectifie et les apprécie à leur juste valeur.

3° *Illusions intellectuelles.* — Quant aux illusions proprement dites, elles supposent nécessairement l'intervention de l'intelligence qui imprime le cachet du délire à la sensation qu'elle transforme. Théodoric, poursuivi par ses remords, prend pour la tête du sénateur Symmaque la tête d'un poisson servi sur sa table ; un malade en proie à des idées de persécution entend deux inconnus parler dans la rue, transforme leurs paroles, et distingue nettement leurs menaces, leurs injures et les complots qu'ils forment contre lui : voilà de véritables illusions. L'intervention de l'intelligence dans la production de cet ordre de faits se prouve sans peine par ce qu'on observe chez les personnes impressionnables ; pour elles les sentiments de l'âme, selon leur nature, communiquent aux objets environnants une teinte de gaieté ou de tristesse : leur esprit est-il sous l'influence de la crainte ou de la prévention? Un objet mal dessiné, une branche d'arbre, un bruit confus, peuvent surtout, au milieu de l'obscurité, réveiller l'idée d'un malfaiteur qui s'approche, qui attend au passage, qui brandit une arme menaçante. De même dans l'illusion morbide, toutes les impressions faites sur les sens reçoivent le coloris du délire, mais peut-être M. Falret (2) est-il allé trop loin, en faisant une très faible part à la sensation transformée et en admettant que l'idée délirante pouvait se substituer en entier à l'impression produite par les sens. Les malades qui ont des illusions

(1) Michéa, *loc. cit.*, p. 125.
(2) *Ouvr. cité*, p. 100-116.

racontent avec tant de netteté ce qu'ils voient, ce qu'ils entendent, ce qu'ils sentent, que bien certainement l'impression sensoriale, quoique consécutive à la réaction cérébrale, joue, dans la production de ce phénomène, un rôle qui ne manque pas d'importance.

Les illusions ne doivent pas être confondues avec des interprétations vicieuses attachées à des sensations normalement perçues. Un individu poursuivi par la peur de la police entend marcher derrière lui; il se trouble, s'inquiète, croit que des agents le poursuivent, et s'enfuit pour leur échapper. C'est là ce que M. Falret appelle une *illusion mentale* (1); mais en réalité c'est une véritable conception délirante survenue à la suite d'une sensation normale.

§ 8. — Description.

Tous les sens peuvent être le point de départ d'illusions.

1° *Ouïe.* — Non-seulement l'aliéné transforme, comme nous l'avons dit, une parole en une autre, mais un bruit inarticulé, un son confus, deviennent une parole distincte, une phrase ayant un sens bien arrêté. Esquirol se promenait un jour dans le parc de Saint-Cloud avec un malade qui se croyait trahi par sa femme et par les siens. Chaque fois que ce dernier entendait le bruit des feuilles agitées : « Entendez-vous, disait-il, comme ils répètent : Lâche ! jaune ? » On voit souvent les malades rendus très anxieux par le roulement des voitures, par le bruit du marteau, par le chant des oiseaux, dans lequel ils reconnaissent des injures et des personnalités offensantes. L'illusion peut porter sur la qualité et le timbre de la voix, sur sa direction; elle peut multiplier les sons, les rendre plus éclatants, et offrir, en un mot, une foule de variétés symptomatiques.

2° *Vue.* — Les illusions de la vue sont les plus nombreuses; elles sont relatives à la configuration, à la couleur, à la po-

(1) Falret, *op. cit.*, p. 107.

sition, à la grandeur et au nombre des objets. Esquirol parle d'une femme maniaque qui prenait des nuages pour des ballons montés par l'aéronaute Garnerin. Certains malades, sous l'influence d'un empoisonnement par les narcotiques (1) ou d'un état congestif, voient tous les objets colorés en rouge : l'hostie blanche que le prêtre élève à la consécration semblait quelquefois, à sainte Catherine de Sienne, avoir la couleur du feu, de la chair ou du sang. Quelques maniaques, pendant leurs accès, voient tous les objets renversés, et, lorsqu'ils tentent de lire, les lettres voltigent et se déplacent sous leurs yeux; d'autres aperçoivent ceux qui les entourent avec des dimensions extraordinaires, soit en grandeur, soit en petitesse. Une des illusions de la vue les plus communes, mais aussi les plus tenaces chez les aliénés, est celle qui leur fait trouver dans le visage, dans les gestes de leurs interlocuteurs, soit une expression spéciale, soit des ressemblances telles qu'ils en arrivent à prendre pour un ami ou un parent tel compagnon d'infortune qu'ils n'auront jamais connu. J'ai vu une aliénée mélancolique qui, malgré les dénégations les plus réitérées de son entourage, se désolait de voir son fils avec un visage vieilli, amaigri et profondément altéré. Pour quelques malades, ce changement est tel, qu'ils refusent de reconnaître leurs proches, et, tout en admettant quelque vague ressemblance, ne peuvent croire à une identité complète.

3° *Odorat et goût.* — Les illusions de l'odorat et du goût sont de toutes les moins complexes : elles se présentent fréquemment au début des diverses formes de folie, et souvent sont accompagnées d'un état bilieux ou saburral de la langue qui prédispose à leur formation en aidant à dénaturer le goût des mets et des boissons. Le refus d'aliments est la conséquence la plus sérieuse de ces illusions, qui cèdent souvent assez vite à l'emploi des évacuants.

(1) Michéa, *Délire des sensations*, p. 133.

4° *Sensibilité générale.* — Les illusions du toucher et de la sensibilité générale peuvent être variées et multiples : les douleurs rhumatismales, les névralgies, font croire aux aliénés qu'on les brûle, qu'on les martyrise. Un malade observé par Esquirol, souffrant d'une violente douleur dans le genou, saisissait avec la main la partie douloureuse, et avec l'autre main fermée frappait à grands coups son genou en répétant : « Ah ! scélérat, tu ne t'en iras pas ! Ah ! scélérat ! » Il croyait avoir un voleur dans le genou.

On range encore parmi les illusions du toucher certains faits qu'une analyse rigoureuse doit faire regarder comme une simple conception délirante, car leur point de départ ne diffère en rien de ce qu'on observe chaque jour en dehors de la folie : ce n'est pas un trouble anormal des fonctions nerveuses, mais uniquement la paralysie ou l'exaltation de l'un de ces modes de sensibilité qu'une physiologie plus avancée a fait distinguer dans la sensibilité générale. Un aliéné, par exemple, pousse des cris au plus léger contact, s'écriant qu'on le torture, qu'on veut le tuer, qu'il est entouré d'assassins. Sans doute ce dernier trait constitue une erreur de jugement et atteste l'état maladif de l'intelligence; mais chez ce même malade, il n'y a pas toujours illusion des sens; un examen clinique attentif fait bien souvent découvrir une notable hyperesthésie cutanée devenue le point de départ de l'erreur du jugement.

Une aliénée très affaiblie par une couche et par des évacuations sanguines, raconte Esquirol, se disposait un jour à prendre un lavement; or, sitôt qu'elle eut la seringue entre ses mains, elle la rejeta avec horreur : le même fait se renouvela plusieurs fois. Cette dame lui assura depuis qu'elle l'avait crue remplie de mercure, et s'était persuadé qu'on voulait faire de son corps un baromètre : voilà un fait que l'on peut envisager comme ayant pour point de départ l'exaltation de ce sens d'activité musculaire entrevu par

Darwin, et décrit depuis par MM. Belfied-Lefèvre, Bellion, Landry, Duchenne (1); ce n'est pas en réalité une perversion, une illusion de la sensibilité générale. J'ai cité ailleurs (2) l'observation analogue d'une dame non aliénée qui trouvait qu'un gobelet d'étain ne lui pesait pas plus qu'une plume; mais chez cette dernière le trouble de la sensibilité existait seul, tandis que chez la malade d'Esquirol, le jugement était son complice et venait ajouter une explication délirante, qui seule en réalité est du domaine de la folie.

Illusions internes. — A côté de ces illusions, il en est d'autres qu'on appelle plus particulièrement *illusions internes*, et qui se développent à la suite de douleurs réelles siégeant dans les cavités splanchniques.

Une femme qui ressentait une grande pesanteur et une grande gêne dans les parties génitales s'imagina qu'elle avait un loup dans son corps; l'examen fit constater un prolapsus utérin, et un pessaire soigneusement appliqué fit disparaître cette illusion, bien que la malade n'ait pas guéri complétement. Esquirol a fait, à la Salpêtrière, l'ouverture du corps d'une femme lypémaniaque, laquelle avait cru, pendant plusieurs années, qu'elle avait un animal dans l'estomac; elle avait un cancer de cet organe. J'ai recueilli l'observation d'une aliénée qui, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, prenait l'enfant dont elle sentait les mouvements pour un serpent qui s'était développé dans son ventre, et qui devait, au moment de l'accouchement, s'élancer sur les assistants pour les dévorer. Enfin, la science renferme un certain nombre de faits analogues dans lesquels des lésions viscérales ou des phénomènes purement physiologiques sont devenus l'origine d'illusions de toute sorte. Chez les hypochondriaques, le moindre malaise gastrique ou intestinal, les digestions pénibles, les borborygmes sont autant de phé-

(1) *De l'électrisation localisée*, 2e édition. Paris, 1861.

(2) Voy. *Des altérations de la sensibilité*, thèse d'agrégation, p. 46.

nomènes qui se transforment et s'accommodent aux idées délirantes du malade; c'est un lombric, une grenouille, une vipère dont ils sentent les mouvements et les morsures, qui se transporte tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ne leur laisse ni paix ni trêve et absorbe toute leur activité intellectuelle.

Lorsque le point de départ de l'illusion est une affection douloureuse accessible aux moyens thérapeutiques, il y a là une indication à remplir, car il peut arriver que la cause première une fois enlevée, l'affection sympathique disparaisse à son tour; mais il ne faut jamais oublier que les douleurs des hypochondriaques sont bien souvent de véritables hallucinations survenant en dehors de tout malaise réel.

§ 4. — Traitement des hallucinations et des illusions.

Le traitement des hallucinations et des illusions n'est pas autre que celui de la maladie mentale à laquelle elles se trouvent surajoutées; aussi nous nous bornerons à dire un mot des cas où l'hallucination, se dégageant de tous les autres symptômes, constitue le phénomène le plus saillant de la folie et nécessite des moyens thérapeutiques spéciaux.

On a vu quelquefois un repos moral absolu, la fréquentation de la société, des distractions capables de détourner et d'absorber l'attention des malades, diminuer ou même faire disparaître des hallucinations très fatigantes. Il en est de même du changement de milieu, de la position dans un lieu éclairé, parfois même du raisonnement, lorsque le malade est assez calme pour bien saisir la portée des explications qui lui sont données sur la nature des sensations qu'il éprouve; en cherchant à faire rectifier par un sens l'erreur d'un autre sens, on peut jeter des doutes dans l'esprit d'un halluciné et le préparer à la guérison.

Enfin une émotion violente de joie ou de terreur a pu mettre fin brusquement à des hallucinations datant déjà

d'une époque éloignée ; mais c'est là un moyen dangereux dont il est impossible de calculer toute la portée.

A côté de ces agents moraux de traitement, il faut signaler quelques agents physiques qui, bien choisis et bien adaptés à certaines indications, rendent d'incontestables services.

Chez les sujets pléthoriques, dont les hallucinations sont la conséquence d'un état congestif du cerveau, des émissions sanguines, pratiquées avec mesure, amènent une amélioration très rapide. Tel était le cas si connu de l'académicien Nicolaï, qui, sujet à des congestions sanguines et ayant négligé de se faire saigner, se vit assailli de fantômes de toute espèce. Une émission sanguine lui rendit le repos. Parfois, au contraire, ainsi que nous l'avons établi plus haut, les hallucinations dépendent d'un état anémique et disparaissent sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux, tant il est vrai que le traitement de la folie repose avant tout sur la considération de l'état général des sujets.

Dans les cas où les hallucinations ne se lient à aucune maladie générale et résistent aux agents moraux, on a essayé d'agir directement sur l'encéphale et sur les appareils sensoriaux. C'est ainsi qu'en fermant les yeux du malade on a pu quelquefois faire disparaître des hallucinations de la vue. En bouchant les oreilles, en introduisant dans le conduit auditif certains narcotiques, comme le laudanum (1), l'huile de jusquiame, j'ai pu atténuer momentanément des hallucinations de l'ouïe ; de même, un vomitif, un purgatif, chez les aliénés offrant de l'embarras gastrique, font cesser des illusions et des hallucinations du goût qui les portaient à refuser tout aliment ; mais ce que nous savons de la physiologie des hallucinations et de leur point de départ purement cérébral, fait pressentir combien une semblable application thérapeutique est limitée.

(1) Foville, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. HALLUCINATION.

Les courants électriques, et surtout le courant voltaïque continu (1), permanent, agissent non-seulement sur l'appareil sensorial, mais encore sur la masse encéphalique elle-même. On a fait récemment, à l'aide de cet agent thérapeutique, des expériences trop peu nombreuses encore pour être concluantes.

M. Moreau, se fondant sur l'action spéciale exercée sur le système nerveux par les solanées vireuses, et notamment par le datura stramonium, pensa que cette substance pouvait agir chez des hallucinés par une véritable action substitutive; il l'a employée chez eux à l'état d'extrait, tantôt à dose modérée et successivement croissante, en commençant par 10 centigrammes matin et soir et augmentant chaque jour la dose de 5 centigrammes, tantôt à dose plus élevée (25 centigrammes par jour en une seule dose), tantôt enfin à dose très forte ou perturbatrice (50 centigrammes en un seul jour). Cette médication détermine un redoublement dans l'agitation, ou même de véritables symptômes d'intoxication, dilatation des pupilles, sécheresse et constriction à la gorge, étourdissements, troubles de la vue, état demi-comateux; mais bientôt ces phénomènes se dissipent et laissent après eux un calme inaccoutumé. Sur dix hallucinés traités de cette façon, sept ont guéri dans un espace de temps qui a varié entre un et quatre mois; les trois autres n'ont éprouvé qu'une amélioration passagère. En somme, cette médication paraît réellement utile, dans les cas surtout où les hallucinations sont primitives et constituent le fait le plus saillant du délire (2).

(1) Baillarger, *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, février 1861, p. 90.

(2) *Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium*. Paris, 1841.

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA MANIE.

Définition. — Fréquence. — Causes. — Début. — Description. — Marche et durée. — Terminaisons : par la guérison, par le passage à l'état chronique, par la transformation, par la mort. — Anatomie pathologique.

Formes de la manie, d'après le degré de l'agitation : manie suraiguë, délire aigu, excitation maniaque. — D'après la nature des idées délirantes : manie religieuse, érotique, ambitieuse. — D'après les causes : manie épileptique, hystérique, alcoolique, puerpérale.

Pronostic, diagnostic et traitement.

§ 1er — Définition.

La manie a été définie par Esquirol : « une affection cérébrale, chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté (1). »

On peut dire encore, et plus brièvement, que la manie est un délire général qui s'accompagne d'excitation, de conceptions délirantes et d'hallucinations.

La manie est un type bien net, bien accentué et dont l'existence a été reconnue par tous les nosologistes; à part quelques points de détail modifiés par les progrès ultérieurs de la science, le mémoire publié par Esquirol dès 1818 peut

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 142.

être encore cité comme la description la plus complète qui ait été donnée de cette affection.

§ 2. — Fréquence.

Sur 1722 malades admis à Bicêtre et à la Salpêtrière pendant l'année 1858, nous trouvons 279 cas de manie : 104 chez les hommes, 175 chez les femmes.

En 1859, sur 1861 malades, 238 cas de manie : 97 pour les hommes, 141 pour les femmes.

En 1860, sur 1898 malades, 262 cas de manie : 99 fournis par les hommes, 163 par les femmes.

Enfin, dans un asile privé, sur 228 entrées, j'ai compté 28 accès de manie répartis en proportions égales chez les hommes et chez les femmes.

En prenant la moyenne de ces divers chiffres, qui tous d'ailleurs concordent assez exactement, nous arrivons à conclure que les maniaques forment à peu près le septième des malades admis dans les asiles.

§ 3. — Causes.

Toutes les causes dont nous avons fait l'histoire en traitant de la folie en général, agissent dans le développement de la manie, et nous ne saurions, sans entrer dans des répétitions inutiles, revenir sur leur étude. Qu'il nous suffise de rappeler l'hérédité, les excès vénériens et alcooliques, les peines morales, les travaux intellectuels excessifs, et d'insister en peu de mots sur certaines influences dont l'action est plus spéciale.

Age. — La manie se déclare surtout de vingt à vingt-cinq ans et de vingt-cinq à trente ; c'est la forme qui se développe le plus volontiers chez les sujets au-dessous de vingt ans. Le nombre des maniaques décroît avec l'âge, et l'on en rencontre très peu au delà de cinquante ans.

Sexe. — Les statistiques fournies par Esquirol et par ses contemporains s'accordent à démontrer que la manie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les statistiques modernes établissent, au contraire, d'une manière irréfutable, la prédominance de la manie chez le sexe féminin. Cette différence, qui étonne tout d'abord, s'explique naturellement par la fréquence toujours croissante de la paralysie générale qui, chez l'homme, tend peu à peu dans les statistiques à se substituer à toutes les autres formes de vésanies, soit que cette maladie, mieux connue et mieux étudiée, offre plus de facilité dans son diagnostic, soit qu'en réalité sa fréquence ait augmenté.

Les *saisons* ne sont pas sans influence sur la production de la manie. Pendant le semestre de mars à août, c'est-à-dire pendant le printemps et l'été, il se développe deux fois plus de manies que dans le reste de l'année (Esquirol).

L'*insolation* développe l'accès maniaque d'une manière à peu près exclusive.

Enfin, chez les *nouvelles accouchées*, on observe plus particulièrement la forme maniaque, puisque, sur 44 malades, j'ai trouvé 29 cas de manie, 10 cas de mélancolie, 5 cas de folie partielle. Il n'en est plus de même chez les femmes enceintes et chez les nourrices, qui donnent un nombre égal, ou même supérieur, de mélancoliques.

Les *névroses*, comme l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, favorisent la production de la manie, et lui communiquent un aspect particulier que nous aurons à décrire plus tard.

§ 4. — Début.

La manie éclate quelquefois subitement à la suite d'une vive émotion, d'un excès alcoolique, d'une insolation prolongée, et elle atteint alors en quelques heures son plus haut degré. Ce cas n'est pas le plus commun ; plus fréquemment, on

observe une période prodromique qui peut durer plusieurs mois, plusieurs semaines ou plusieurs jours, et qui est caractérisée par de la céphalalgie, de la tristesse, de l'abattement, des pressentiments sinistres, de l'angoisse respiratoire. Le sommeil fait défaut, ou bien il est léger et interrompu par des rêves et des cauchemars. A ces phénomènes nerveux viennent se surajouter des troubles gastriques; il y a de l'inappétence, de la soif, de la constipation; la bouche est pâteuse, la langue recouverte d'un enduit saburral épais : ce qui faisait dire à Pinel que le siége primitif de cette aliénation était dans la région de l'estomac et des intestins (1). Bientôt le caractère s'altère; les sujets deviennent irritables, impatients, et déploient une activité excessive contrastant avec des moments de dépression profonde, pendant lesquels ils restent sombres, préoccupés d'eux-mêmes, en proie à des terreurs paniques. Peu à peu ces moments disparaissent pour faire place à une excitation permanente. Les idées abondent avec exaltation, le corps est sans cesse en mouvement, et de là au délire maniaque il n'y a plus qu'un pas à franchir.

§ 5. — Description.

Première période.

En peu de jours, quelquefois en peu d'heures, l'agitation arrive à son degré le plus élevé, et se traduit par l'extravagance des actes et par la suractivité du corps et de l'esprit. Les idées se pressent, s'enchevêtrent, se multiplient à l'infini. L'attention, maintenue un instant par une brusque interpellation qui amène une réponse juste et raisonnable, s'échappe bien vite pour courir ailleurs. La vue d'un objet, un mot prononcé au hasard, une simple consonnance, un souvenir,

(1) Pinel, *ouvr. cité*, p. 142.

suffisent pour changer la direction des pensées qui n'ont plus ni suite ni liaison, et se traduisent par des phrases tronquées, incomplètes, pleines de réticences et d'ellipses; incohérence plutôt apparente que réelle et qui tient uniquement, comme le dit M. Falret (1), à ce que le travail de la pensée est plus rapide que sa manifestation, et à ce que beaucoup de chaînons intermédiaires échappent à l'observateur : il y a presque toujours dans ce pêle-mêle apparent un ordre caché qu'il faut rechercher, et qu'une observation approfondie fait souvent découvrir.

Chaque faculté intellectuelle contribue pour sa part à ce désordre de l'intelligence. Les facultés de mémoire, d'association des idées et d'imagination, se trouvent démesurément surexcitées aux dépens des facultés de jugement et de réflexion. La mémoire rappelle à l'esprit une foule de souvenirs qui semblaient oubliés; l'imagination acquiert une telle activité, qu'on voit des sujets d'une intelligence médiocre s'élever pendant les paroxysmes d'un accès de manie à une éloquence, à une hauteur de pensées, à une richesse d'images que jamais on n'aurait soupçonnées. Quelques-uns même parlent ou écrivent en vers avec une facilité inattendue, et chez les imbéciles en proie à un accès de manie, la surexcitation intellectuelle due à l'acuité momentanée du délire permet à peine de soupçonner la nullité habituelle de l'intelligence. Parmi toutes les pensées du maniaque, il en est, surtout au début, qui sont logiques et naturelles, tout en étant énoncées avec une exaltation et une volubilité maladives; mais dès que surviennent les illusions et les hallucinations, les conceptions deviennent presque exclusivement délirantes, et, au milieu de ce désordre, on voit prédominer telle ou telle série de manifestations intellectuelles qui finit par donner au délire une

(1) *Leçons cliniques de médecine mentale*, p. 233.

couleur particulière : c'est ainsi que chez un sujet les idées religieuses, chez un autre des idées érotiques, chez un troisième des pensées de richesses, chez un dernier, enfin, une idée quelconque prise dans les plus récents souvenirs, deviennent autant de centres autour desquels se groupent confusément les autres conceptions délirantes.

L'aspect et les allures du maniaque sont en rapport avec l'excitation intellectuelle. La loquacité est intarissable, le ton emphatique et déclamatoire ; les mots grossiers, les injures, les paroles obscènes, se trouvent mêlés à tous les discours, même dans la bouche des femmes les plus réservées et les plus scrupuleuses. La voix acquiert une raucité qui tient aux vociférations ou même à un état nerveux spécial, car on l'observe dès le début de l'accès. Le regard est fixe et brillant; le facies, animé, vultueux et comme transformé, présente une expression qui diffère tellement de l'état normal, qu'au moment de la convalescence, alors que les traits reprennent leur aspect naturel, on est involontairement frappé de ce contraste. Les mouvements sont brusques, tumultueux, incessants; les malades crient, courent, rient, chantent, brisent, déchirent, se déshabillent, et tout cela sans but, sans discernement, par suite d'un besoin automatique d'activité : se trouvent-ils en présence d'un obstacle, loin de chercher à l'éviter, ils le renversent ou le brisent. Les forces musculaires participent à la suractivité générale, elles sont doublées et triplées ; on voit des femmes frêles, délicates, soulever des poids considérables, briser les objets les plus résistants, et pendant des mois et des années entières crier et s'agiter nuit et jour, sans éprouver la moindre fatigue.

Les sens offrent au début une grande exaltation; la vue, l'ouïe acquièrent une finesse extrême, et ainsi s'explique la vive impression produite sur les malades par la lumière et le bruit. Bientôt même cette hyperesthésie fait place à des illusions que l'on rencontre chez un tiers des malades à peu

près. Les illusions, beaucoup plus fréquentes que les hallucinations, en raison même du peu de fixité qui existe dans les idées, envahissent tous les sens, mais surtout le sens de la vue : certains maniaques voient les objets tantôt très petits, tantôt plus grands que nature; parfois ils les aperçoivent renversés, et les hommes autour d'eux ont les pieds en l'air et la tête en bas. Ils prennent une fenêtre pour une porte, des nuages pour un char, et éprouvent, en un mot, toutes les variétés d'illusions. Quant aux hallucinations, elles sont également très communes pour le sens de la vue; les hallucinations de l'ouïe, un peu moins fréquentes, font entendre au malade des paroles contradictoires et incohérentes comme son délire.

La sensibilité générale est diminuée ou même abolie complétement. Tout le monde a rapporté, après Pinel, l'histoire de ce maniaque qui se roulait avec délices dans la neige. Et en effet les maniaques, excités comme des soldats qu'anime le feu de la bataille, ne sentent ni les coups ni les blessures, et restent indifférents à l'action des agents extérieurs; mais malgré l'obtusion de la sensibilité et sans que les malades en aient conscience, le froid et l'humidité exercent sur eux une fâcheuse influence au point de vue du développement des affections phlegmasiques et catarrhales. Aussi faut-il les vêtir chaudement, les préserver du froid et les entourer des meilleures conditions hygiéniques.

Les fonctions digestives s'exercent, chez les maniaques, avec énergie : quelques sujets mangent beaucoup et ne semblent jamais rassasiés; d'autres prennent leurs repas avec beaucoup d'irrégularité, et, après un ou deux jours de diète, dévorent leurs aliments avec une précipitation effrayante; chez tous, la digestion se fait avec rapidité, et les symptômes d'embarras gastrique que l'on constate au début de la maladie se dissipent bien vite sous l'influence de moyens appropriés; la constipation, plus rare que dans la mélancolie,

mérite néanmoins d'être surveillée de près. Toutes les fois que l'agitation est très vive, l'excrétion de l'urine et des matières fécales est involontaire, non par suite d'un affaiblissement de la contractilité des sphincters, mais par oubli, quelquefois par calcul, plus souvent encore par suite de l'anesthésie des muqueuses vésicale et intestinale qui ne sentent plus le contact des matières à excréter.

Du côté des fonctions génitales, on observe souvent de l'excitation, qui survient tantôt pendant la période prodromique de l'accès maniaque, tantôt pendant le cours même de l'accès. Cette excitation est plus commune peut-être chez les femmes : la vue d'un homme, le bruit de ses pas, le son de sa voix, suffisent pour les entraîner à des paroxysmes d'agitation avec gestes obscènes et expression ardente des yeux. Presque tous les maniaques érotiques sont portés à l'onanisme, et déjà nous savons combien cette complication est grave au point de vue de la guérison.

Malgré les affirmations de Georget (1) et de J. Frank, un pouls fréquent, tendu, précipité, ne peut pas être donné comme un signe caractéristique de la manie. Sans doute, au début de la maladie, on constate le plus généralement une accélération très sensible du pouls coexistant avec la céphalalgie, la chaleur et la sécheresse de la peau, l'état saburral de la langue ; mais cet appareil symptomatique, qui rend parfois très difficile le diagnostic différentiel de la manie et des maladies aiguës compliquées de délire, se transforme au bout de peu de jours. Le pouls lui-même se modifie et perd sa fréquence, mais les auteurs ne sont pas d'accord sur les caractères qu'il faut alors lui assigner. Si MM. Leuret et Mitivié ont établi qu'après les hallucinés, les maniaques offraient, en un temps donné, plus de battements artériels que les autres sujets en délire, d'un autre côté, il sem-

(1) Georget, *De la folie*, p. 136.

blerait résulter des recherches de Jacobi, que dans près de la moitié des cas (20 sur 50), au milieu même des plus vives exacerbations, la fréquence du pouls ne dépasse pas le chiffre normal des pulsations, ou même s'abaisse au-dessous de ce chiffre, pour s'accélérer de nouveau pendant les périodes de rémission. Ce dernier résultat a lieu d'étonner; car dans les moments d'agitation, lorsque les mouvements sont brusques et désordonnés, il existe incontestablement une accélération mécanique et passagère du pouls, bien distincte de l'état fébrile, et que j'ai souvent constatée. Outre ce point, ce qui m'a le plus frappé, ce sont les variations extrêmes et souvent instantanées du pouls chez les maniaques.

La température de la peau et le nombre des respirations sont toujours proportionnels à l'état des pulsations cardiaques.

La transpiration cutanée chez les maniaques est abondante et souvent fétide; elle exhale, d'après quelques auteurs (1), cette odeur de souris qui a été déjà observée dans la fièvre typhoïde, et qui pourrait bien n'être que le résultat de la malpropreté, car l'usage fréquent des bains la rend insensible. M. Calmeil a observé des maniaques qui rendaient chaque jour des flots de salive infecte, soit au milieu, soit vers la fin de la maladie.

De la fureur. — La fureur est plutôt un épisode qu'une complication de la manie, c'est la colère du maniaque. La fureur est plus fréquente et plus durable chez les femmes que chez les hommes : un mot blessant, une simple contrariété suffisent chez certains sujets pour la provoquer; une direction inintelligente, de mauvais traitements la rendent habituelle. Aujourd'hui, avec les moyens de douceur auxquels on a recours, la fureur est assez rare; mais rien n'était

(1) Guislain, p. 211.

plus commun jadis chez les malheureux aliénés qu'on chargeait de chaînes, et qu'on exposait dans des cachots à la risée des visiteurs : quelquefois la fureur est provoquée par une hallucination, ou bien encore elle survient sans cause appréciable et comme par une impulsion irrésistible. Les personnes habituées à vivre avec certains aliénés reconnaissent à certains signes prodromiques l'invasion de la fureur. Tel malade, dit M. Calmeil, accélère tout à coup sa marche, profère subitement un mot, une phrase, qu'il ne prononce jamais dans un autre moment; tel autre fronce les sourcils, roule ses yeux dans les orbites, éprouve un violent tremblement des bras, une rougeur subite de la face, des battements insolites dans les artères, et aussitôt la fureur se déclare; les yeux étincellent, les sujets poussent des cris terribles, exercent leur rage sur les meubles, sur les arbres, écrasent tout ce qui tombe sous leur main, mordent ceux qui les approchent lorsqu'on leur a enlevé l'usage de leurs mains, se roulent à terre, se déchirent eux-mêmes, se précipitent contre les murailles. Rien n'est terrible comme la fureur des épileptiques au sortir de leurs accès convulsifs.

Deuxième période.

La deuxième période, ou période d'état de la manie, peut persister pendant des semaines et des mois entiers, selon la durée totale de l'accès. Alors il y a de l'amaigrissement; la figure devient terne et livide, et l'excitation persiste, conservant tous les caractères que nous venons de lui assigner, mais avec des moments de rémission et d'exacerbation. Chez les femmes, l'époque menstruelle est presque toujours marquée par le retour de l'agitation, et cette influence si remarquable et si constante doit toujours être prise en grande considération par le médecin dans la direction du traitement. Il en est de même de la constipation, des froids

très vifs, des grandes chaleurs, des changements de température et des conditions qui influent d'ordinaire sur la marche de la folie.

Troisième période.

Après une période d'état de durée variable, l'accès maniaque entre enfin dans la période de déclin.

Cette troisième période, qui s'annonce par le retour du sommeil, par une diminution progressive dans l'intensité du délire et de l'agitation, peut présenter des *intervalles lucides*, pendant lesquels les malades deviennent tout à coup calmes, raisonnables, apprécient parfaitement leur position et semblent sortir d'un long rêve. Les intervalles lucides, se prolongeant quelquefois pendant plusieurs heures et même pendant une journée, pourraient donner à un médecin inexpérimenté l'idée d'une guérison subite. Il n'en est rien ; l'agitation reparaît bientôt avec tous ses caractères, tantôt progressivement, tantôt subitement, au réveil par exemple, alors même que le malade s'était endormi dans une lucidité parfaite. Toutefois, lorsqu'ils se multiplient et se prolongent, les intervalles lucides annoncent un déclin notable dans l'intensité de la maladie, et permettent de porter un pronostic favorable.

L'intervalle lucide peut manquer, bien que la manie entre franchement dans sa période de déclin ; l'amélioration s'opère alors de diverses façons. Tantôt l'agitation et l'incohérence des idées disparaissent simultanément et d'une manière régulièrement progressive ; tantôt, au contraire, les pensées redeviennent logiques et bien coordonnées, les allures sont convenables, mais on voit persister pendant des semaines entières cette légère excitation que nous décrirons tout à l'heure comme une des formes de la manie, et qui se traduit principalement par une activité inaccoutumée de la pensée ; dans d'autres cas, les malades, tout en arrivant à un calme

complet, restent incohérents et pendant quelque temps déraisonnent à froid ; ce n'est qu'à la longue que l'ordre et l'harmonie se rétablissent dans leurs pensées.

Il n'est pas rare, même au milieu d'une convalescence complète à tous égards, d'observer un état particulier de mélancolie, d'impressionnabilité nerveuse qui exige de grandes précautions, surtout quand le sommeil reste inquiet et agité par de mauvais rêves. Quant au sentiment de faiblesse, de courbature, que certains maniaques éprouvent lorsqu'ils touchent à la guérison, il est d'un excellent pronostic ; il en est de même de la réapparition des migraines, des douleurs névralgiques, des dyspepsies et de tous les malaises de l'état normal qui avaient disparu pendant la durée même de l'accès. Ajoutons enfin que c'est principalement au déclin des accès maniaques que l'on a observé ces phénomènes critiques, dont nous avons déjà cherché à établir la valeur et l'interprétation (1).

§ 6. — Marche et durée.

La manie est loin de présenter toujours une parfaite régularité dans la succession de ses trois périodes, même lorsque sa marche est *continue* : « Elle varie, dit Esquirol, dans la succession des symptômes, dans leur durée, dans leur terminaison. Tantôt, dès le début, la manie arrive à sa plus haute période, et persiste ainsi jusqu'à la fin de l'accès, qui cesse tout à coup ; le malade alors paraît sortir comme d'un rêve ; il lui semble que l'obstacle qui l'isolait du monde extérieur s'est déchiré ou est tombé devant ses yeux. Tantôt la diminution progressive du nombre et de l'intensité des symptômes fait pressentir la solution prochaine de la maladie ; tantôt ce n'est qu'après des alternatives de rémissions

(1) Voy. p. 86.

plus ou moins longues, plus ou moins marquées, que le maniaque arrive à la convalescence.

» ..... La manie *rémittente*, ajoute le même auteur, ne diffère de la continue qu'en ce que le désordre des idées et des actions offre des rémissions plus ou moins marquées, plus ou moins régulières. Il est des maniaques qui dorment très bien et qui sont très agités dès qu'ils s'éveillent; il en est d'autres qui ne dorment pas, qui sont agités pendant la nuit et sont plus calmes après une nuit d'insomnie; enfin quelques-uns sont, le matin ou le soir, plus calmes et plus accessibles aux impressions étrangères. La rémittence est si régulière tous les deux jours qu'on est tenté de croire qu'il y a intermittence.

» La manie *intermittente* à accès tantôt réguliers, tantôt irréguliers, est très fréquente (1); elle peut être comptée pour un tiers dans une grande réunion de maniaques. Comme dans les fièvres intermittentes, la manie intermittente affecte le type quotidien, tierce ou quarte. Les accès reviennent tous les huit jours, tous les mois, tous les trois mois, deux fois l'année, tous les ans, tous les deux, trois et quatre ans. Les accès éclatent spontanément et sans autres causes connues que l'époque, la saison, l'année où les accès antérieurs ont eu lieu, ou bien ils sont provoqués tantôt par les mêmes causes qui ont produit les mêmes accès, tantôt par des causes différentes. Les accès sont ramenés par des affections morales, par des dérangements physiques, tels que l'embarras gastrique, la constipation, la céphalalgie, ou par des maladies accidentelles, etc. En général, les accès se terminent brusquement et quelquefois sans crise. Ordinairement, pendant l'intermittence, le retour aux idées, aux affections, aux habitudes de la santé, est complet. Cependant il reste des symptômes qui prouvent que l'accès n'a pas eu une solution complète. »

(1) Esquirol, t. II, p. 168-170.

L'accès de manie peut persister avec les symptômes de l'état aigu pendant un grand nombre de mois, il peut ne durer que quelques jours, quelques semaines; lorsqu'il est très court et se termine brusquement, on doit redouter ou une rechute ou une intermittence : quant à ces accès d'agitation avec actes de violence, dont la durée est tout à fait passagère et que l'on désigne sous le nom de manie transitoire, nous aurons à les étudier avec soin au point de vue médico-légal, car ils ont été l'objet de nombreuses controverses.

§ 7. — Terminaisons.

Outre la guérison, qui est très fréquente, la manie peut offrir divers autres modes de terminaison :

a. Elle peut passer à l'état chronique et plus tard à la démence ;

b. Elle peut se transformer en une autre forme de maladie mentale ;

c. Elle peut se terminer par la mort.

a. Quand la manie passe à l'état chronique, on n'observe plus, dans sa marche, ni phases ni périodes, c'est pour ainsi dire la période d'état prolongée indéfiniment. On voit alors disparaître la plupart des troubles que nous avons signalés au début de la manie aiguë. L'appétit, les fonctions digestives reprennent leur régularité; le sommeil seul reste imparfait; les malades passent leur vie au milieu d'alternatives incessantes de calme et d'excitation survenant spontanément ou à propos de la moindre cause occasionnelle, sans qu'il soit possible de trouver les lois qui règlent leur retour. Dans l'intervalle des accès, les malades restent plus ou moins calmes, mais irritables, ayant leurs affections, leurs antipathies, leurs habitudes, et conservant des idées délirantes, tantôt fixes, tantôt mobiles, qui donnent à chacun d'eux sa physionomie spéciale. Chez quelques-

uns, mais ces cas sont assez rares, l'agitation est permanente et ne laisse ni repos ni trêve. L'insomnie, les cris incessants, la violence des mouvements amènent alors un état de cachexie et d'amaigrissement auquel les sujets, même les plus frêles, résistent avec une énergie qu'on n'aurait jamais supposée. On a cité, et j'ai vu moi-même des femmes maniaques, d'une constitution chétive en apparence, qui ont vécu pendant dix ans, vingt ans, et même plus, au milieu d'une excitation dont la violence semblait dépasser les limites des forces humaines.

La manie chronique amène progressivement avec elle tous les symptômes de la démence; la sensibilité s'émousse, la mémoire s'affaiblit, les idées perdent de leur activité et de leur cohérence, et la dissociation des facultés intellectuelles ne laisse plus aucun espoir de guérison.

b. La manie peut se terminer par *transformation*. Je ne parlerai pas ici de la transformation de la manie en mélancolie; nous verrons bientôt que les faits de cette nature constituent non une transformation, mais une association régulière de deux accès, l'un d'excitation, l'autre de dépression, dont la succession périodique donne naissance à une variété spéciale de folie, la folie à double forme. Quant à la transformation de la manie en monomanie, elle est assez souvent observée, et elle est loin d'être toujours favorable. On voit, dans ces cas, l'excitation tomber peu à peu, les idées reprendre de l'ordre et de la suite; on croit marcher vers la convalescence; mais au milieu de cette intelligence, dont l'équilibre tend à se rétablir, il reste soit une idée délirante isolée, soit des hallucinations qui font entrer la maladie dans une phase nouvelle.

c. La *mort* arrive rarement dans le cours de la manie aiguë. Presque toujours elle est due à un délire aigu surajouté ou à quelque complication étrangère à la maladie première, surtout à des phlegmasies intestinales et pulmo-

naires. Quelques malades très agités meurent subitement, sans complication et, pour ainsi dire, par épuisement nerveux, ainsi qu'Esquirol (1) et M. Thore (2) en ont cité des exemples. Sur 1200 maniaques observés par Esquirol, 30 succombèrent dans le cours d'un accès de manie; un peu plus du tiers succomba pendant les trois premiers mois, et les deux autres tiers avant la fin de la première année.

Lorsque la manie se termine par la mort, on ne trouve à l'autopsie aucune lésion constante et caractéristique. Sans doute, le cerveau des maniaques n'est jamais à l'état normal, mais il n'existe pas d'altération organique qui puisse être considérée comme spéciale à la manie et comme servant de point de départ aux symptômes observés pendant la vie. Pour bien faire comprendre la variété des lésions constatées sur le cadavre, rapportons ici les paroles de M. Calmeil : « Pour donner une juste idée de l'état du système nerveux central sur les sujets qui expirent pendant la période d'exaltation maniaque, j'ai pris au hasard, dans mes cartons et sur les registres de Charenton, vingt observations de manie simple, en écartant soigneusement les épileptiques maniaques, les maniaques paralytiques, et j'ai noté les principales lésions qui ont été aperçues dans le crâne, les méninges, la substance grise, la substance blanche, le cervelet, la moelle épinière de ces vingt aliénés. Il n'est pas un seul de ces maniaques dont le cerveau ait paru se rapprocher de l'état normal. Le crâne a semblé étroit deux fois, épais six fois; la dure-mère injectée deux fois; la pie-mère est sèche, deux fois infiltrée de sérosité et épaissie dix-sept fois, injectée, traversée par de nombreux vaisseaux tuméfiés dix-huit fois; le cerveau est volumineux, comme gonflé, trois fois, petit deux fois. La substance grise est rosée quinze fois, jaunâtre cinq fois, de couleur presque ardoisée trois

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. 1er, p. 108.
(2) Thore, *Ann. méd.-psychol.*, 1856, t. VII, p. 410.

fois, injectée par du sang sept fois, endurcie une fois, diminuée dans sa consistance cinq fois.

» Ces lésions cadavériques, ajoute le même auteur, existant souvent dans les autres espèces d'aliénation mentale, ne sauraient expliquer la forme qui est particulière à la manie; on ne peut douter même que plusieurs des lésions notées sur les maniaques ne se soient formées après l'invasion du délire. Mais il nous paraît démontré, par la turgescence du cerveau des maniaques, le développement, le degré d'injection des vaisseaux de la pie-mère, de la substance grise, de la substance blanche, les changements de coloration, de consistance, manifestés par les diverses parties de la masse encéphalique, par la quantité du liquide séreux exhalé dans la cavité crânienne des individus frappés de délire général, que, dans la manie aiguë, les grands centres nerveux sont généralement le siége d'une sorte de fluxion sanguine très active, et cette affluence du sang vers un système d'organes dont la délicatesse semble extrême, doit souvent jouer un grand rôle dans la production des lésions fonctionnelles (1).

§ 8. — Formes.

1° D'après l'intensité de l'agitation.

L'état que nous venons de décrire doit être considéré comme le type le plus habituel de l'excitation maniaque; mais cette excitation peut être plus légère; elle peut être aussi beaucoup plus intense, d'où résultent deux nouvelles formes de manie qui, bien que séparées par de sérieuses différences, peuvent être logiquement envisagées, au point de vue nosologique, comme les degrés extrêmes et opposés d'un même état morbide.

1° *Manie suraiguë.* — Quand l'excitation maniaque est

(1) *Dictionnaire de méd.* en 30 vol. Calmeil, article MANIE.

portée à ses limites extrêmes, il y a de la fièvre, de la chaleur et de la sécheresse de la peau; les malades ne peuvent rester en place; ils luttent contre ceux qui les maintiennent, se livrent à des mouvements violents, à une loquacité intarissable, à des cris, à des vociférations; leurs paroles sont incohérentes, entrecoupées, ne correspondent à aucune pensée et consistent dans le même mot et la même phrase incessamment répétés. Leur attention est incapable de se fixer une seconde; ils ne répondent à aucune des questions qu'on leur adresse. Entrés en convalescence, ils ne conservent pas le moindre souvenir de ce qui s'est passé autour d'eux, bien différents des maniaques ordinaires qui ne perdent pas le sentiment de leur personnalité, et plus tard ont parfaitement conscience de tous les incidents de leur maladie.

Cette forme de manie suraiguë est très grave au point de vue du pronostic; un degré de plus, et elle se transforme en un état particulier qui a depuis longtemps fixé l'attention des médecins aliénistes et qui a été décrit généralement sous le nom de *délire aigu*.

Délire aigu. — « Il meurt dans les maisons de fous, et peu de temps après l'invasion du délire, un certain nombre de sujets dont l'état maladif paraît général et difficile à bien caractériser. Le malade est en proie à l'agitation la plus vive; ses membres sont continuellement en mouvement; il parle avec volubilité et sans qu'il existe de suite, de rapports entre les paroles qui lui échappent; il paraît obsédé par des hallucinations ou des fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat; sa figure est altérée, ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive; expuition continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une sorte de précipitation dont il lui est impossible de se rendre maître. Sa langue, ses lèvres deviennent arides ou

fuligineuses. Enfin il succombe du cinquième au dixième jour, et l'autopsie des organes ne donne pas l'explication de ces funestes accidents. Quelques sujets sont assez heureux pour rentrer dans les conditions ordinaires de la folie et se rétablissent plus tard. Il ne faut pas confondre cet état, qu'on peut, si on le juge convenable, qualifier de délire aigu, avec les symptômes d'une dothiénentérie ou ceux d'une phlegmasie locale intense (1). »

Cette description succincte donnée par Calmeil est complète à tous égards; en 1845, M. Brierre de Boismont, dans un important travail (2), a plus vivement encore attiré l'attention sur ce grave état morbide.

Le délire aigu peut survenir dès le début de la manie ou de la mélancolie, au moment où la maladie fait explosion, mais il apparaît plus souvent dans le cours d'une manie, d'une mélancolie ou d'une monomanie ayant déjà quelque temps de durée, ou même après un accès de folie à double forme; il peut survenir encore dans la période maniaque de la paralysie générale, et alors il acquiert une gravité nouvelle en raison de l'existence concomitante d'une lésion organique du cerveau. Enfin, il éclate quelquefois à la suite de certaines intoxications et surtout de l'intoxication alcoolique, comme nous le verrons plus tard. Quelle que soit la forme primitive du délire, on voit l'agitation augmenter de jour en jour, la langue devenir sèche, la fièvre s'allumer; le pouls dépasse 120 pulsations, la tête est chaude, l'œil hagard, la peau se couvre d'une sueur visqueuse; les malades en proie à d'incessantes hallucinations se consument en une agitation violente et une loquacité intarissable, et n'ont plus conscience de ce qui les entoure; sous l'influence de leurs idées délirantes ou d'une véritable hydrophobie due au spasme des

(1) Calmeil, *Dictionnaire* en 30 vol., article ALIÉNÉS, p. 186, 1833.

(2) Brierre de Boismont, *Du délire aigu qu'on observe dans les établissements d'aliénés* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI).

muscles de la déglutition, ils rejettent les boissons, les aliments, grincent des dents et se livrent à un crachottement perpétuel; on a même noté l'expectoration de larges crachats jaunâtres ne s'accompagnant ni de toux, ni d'aucun autre symptôme appréciable du côté des voies respiratoires.

Si au bout de peu de jours il ne survient aucune décroissance dans la fièvre et dans l'intensité du délire, le malade entre dans une période nouvelle qui ne laisse que peu d'espoir de guérison, le pouls s'accélère encore et perd de sa force; la langue et les lèvres deviennent encroûtées et fuligineuses; l'haleine est fétide, la voix tremblante et mal articulée, la respiration haletante; l'excrétion de l'urine et des matières fécales se fait involontairement, l'insomnie est continue et ne contribue pas médiocrement, avec l'agitation et le manque de nourriture, à épuiser promptement les malades; quelquefois des convulsions soit générales, soit partielles, mais toujours passagères, s'observent à cette dernière période. Au milieu de ces symptômes quelques sujets succombent en cinq ou six jours à une adynamie aussi rapide que profonde; chez d'autres, la vie se prolonge quelque temps encore; mais des symptômes typhoïdes se surajoutent aux accidents cérébraux : il survient de la diarrhée, le pouls est imperceptible, des défaillances d'abord courtes et éloignées se rapprochent et se prolongent, et les malades meurent, soit subitement, au milieu d'une syncope, soit lentement avec tous les symptômes d'un profond épuisement nerveux.

Les lésions trouvées à l'autopsie ont toujours été insuffisantes pour rendre compte des phénomènes observés pendant la vie. On a noté, comme dans la manie simple, l'injection légère du cerveau et de ses membranes, un peu d'épanchement séreux sous-arachnoïdien, mais aucune trace de produit plastique, aucune altération de la structure de la couche corticale. Aussi le délire aigu doit-il être soigneusement distingué de la méningite : s'il offre avec elle deux

phénomènes communs, la fièvre et le délire, il en diffère singulièrement par l'absence de lésions anatomiques et par l'évolution même des symptômes; et en effet, dans la méningite on voit survenir de bonne heure et dès la première période, de la céphalalgie, des paralysies, des contractures, du strabisme : la tête se renverse en arrière, il y a des soubresauts tendineux, plus tard du coma et de la résolution des membres. Le délire aigu suit au contraire jusqu'au bout sa marche, sans qu'on observe de trouble permanent du côté des mouvements. Il rentre en un mot dans la classe des délires purement nerveux, et n'est pas autre chose que l'exaltation maniaque compliquée de fièvre et poussée jusqu'à ses dernières limites.

Le pronostic du délire aigu est très grave. Sans avoir de chiffres exacts je suis porté à croire qu'il guérit à peine un malade sur trois ou quatre cas de délire aigu confirmé. Chez les nouvelles accouchées, l'état puerpéral concomitant ne fait qu'ajouter encore à la gravité de la maladie. Dans les cas heureux l'agitation se calme peu à peu, le pouls se ralentit et reprend de la force et de la souplesse, la langue s'humecte, le sommeil reparaît et le malade rentre dans les conditions ordinaires de la folie; j'ai vu, toutefois, des monomaniaques conserver, après un accès de délire aigu, ou des hallucinations, ou des idées délirantes nouvelles qui modifiaient l'aspect primitif de la maladie.

2° *Excitation maniaque.* — A l'autre extrémité de l'échelle se trouve cet état décrit sous le nom de manie raisonnante, de manie sans délire, d'exaltation maniaque, état caractérisée par une simple suractivité de toutes les facultés intellectuelles, sans incohérence, sans idées délirantes. Des individus habituellement réservés, doux et bienveillants, deviennent hardis, causeurs, entreprenants; ils montrent une activité infatigable, ils forment des projets, les combinent, les coordonnent; ils défendent leurs pensées, leurs

actes avec une logique parfaite, avec une verve qui ne tarit jamais ; ils ne reculent devant aucune difficulté et toutes leurs appréciations, toutes leurs actions sont marquées au cachet de l'exagération. Incapables de suivre une idée avec persévérance, ils changent à chaque instant de résolution, et offrent une tendance incessante aux déplacements, aux voyages ou même au vagabondage. Souvent leur état d'excitation s'associe à de mauvais instincts, et alors on les voit tracassiers, discuteurs, agressifs, souffler la discorde dans les familles et mettre le désordre dans les asiles, par leurs insinuations malveillantes et leurs astucieuses récriminations. Il n'est pas rare que la tendance aux boissons alcooliques et une notable excitation génitale compliquent encore cet état mental.

Lorsqu'on observe pour la première fois des malades ainsi atteints, on serait porté à croire à un simple vice de caractère, mais une connaissance exacte des antécédents du sujet fait ressortir bien vite le contraste de cet état morbide avec l'état physiologique, et montre cette excitation revenant sous forme d'accès de durée variable, souvent périodique, et s'accompagnant d'insomnie et de troubles divers des fonctions nerveuses.

Sans doute entre ces deux formes extrêmes et l'état maniaque ordinaire il existe de grandes différences, mais l'élément morbide primitif est le même, c'est l'excitation, et l'on peut sans scrupule les rapprocher dans une même description. Tous les jours on voit un accès de manie débuter par un état suraigu qui se calme au bout de quelques jours et laisse après lui un état maniaque ordinaire, tandis que la convalescence est quelquefois signalée par une simple excitation maniaque sans délire qui cesse peu à peu ; en sorte que ces trois degrés de la maladie s'observent à des périodes diverses chez le même individu.

2° Formes d'après la nature des idées délirantes.

A côté de ces formes de manie caractérisées par le degré variable de l'excitation, on a décrit, d'après la nature des idées délirantes qui prédominent, une manie gaie, une manie érotique, religieuse, ambitieuse. Il est utile de signaler ces formes secondaires qui sont loin d'ailleurs d'avoir une égale importance.

Dans la manie *gaie* les idées et les allures sont celles d'un homme dont l'entrain est intarissable ; les malades se livrent à mille espiégleries, rient, chantent, déclament, ont la répartie spirituelle et prompte, et rien ne trouble leur belle humeur.

La manie *érotique*, qu'il ne faut pas confondre avec l'érotomanie ou monomanie érotique, est caractérisée par l'exagération d'un symptôme qu'on rencontre dans la plupart des cas de manie, c'est-à-dire l'excitation de l'appareil sexuel ; les gestes lascifs et provoquants, les poses indécentes, les paroles lubriques, une tendance effrénée à la masturbation et un redoublement d'agitation en présence de personnes de l'autre sexe, sont les principaux indices de cette surexcitation génitale qui peut aller jusqu'à la nymphomanie et au satyriasis, et qui nécessite une thérapeutique spéciale.

La manie *religieuse* a plus de gravité, à cause de la ténacité plus grande des fausses conceptions, de leurs irradiations plus étendues et de la facilité avec laquelle elles se compliquent d'illusions et d'hallucinations.

Quant à la manie *ambitieuse*, elle est rare à l'état simple et éveille toujours l'idée d'une paralysie générale, tant sont intimes les connexions entre le délire ambitieux et les congestions chroniques avec ramollissement de la couche corticale des circonvolutions. Cependant, il ne faut pas l'oublier, la manie ambitieuse peut exister à l'état simple, dégagée de

toute altération de la motilité et susceptible d'une guérison complète. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir à propos de la paralysie générale.

3° Formes d'après les causes.

Enfin, on a voulu constituer des formes spéciales de manie en prenant pour point de départ non le degré de l'agitation, non les idées délirantes prédominantes, mais les causes qui ont donné naissance à l'accès maniaque ou les névroses auxquelles il se trouve associé : c'est ainsi qu'on a distingué la manie puerpérale, la manie hystérique, la manie épileptique, la manie alcoolique. Il est incontestable que dans ces derniers cas, la manie se présente avec des particularités symptomatiques qui, bien qu'insuffisantes pour constituer une espèce nosologique distincte, ne manquent pas d'importance au point de vue pratique ; nous les exposerons plus tard à propos de l'hystérie, de l'épilepsie et de l'alcoolisme. Quant à la manie puerpérale, elle ne diffère en rien par ses symptômes de la manie ordinaire. J'ai prouvé dans un autre travail (1) que les caractères qu'on a voulu lui assigner, comme l'aspect particulier de la figure, l'odeur de souris exhalée par les malades, tenaient uniquement à l'état puerpéral concomitant, et que les manifestations érotiques, dans cet état morbide, étaient loin d'avoir la valeur et la fréquence que quelques auteurs leur ont assignées.

§ 9. — Pronostic.

La manie simple, dépourvue de toute complication et survenant chez un jeune sujet, est de toutes les affections mentales celle qui présente le plus de chances de guérison,

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes*, etc., etc., p. 198.

en tenant compte d'ailleurs des conditions qui influent d'une manière générale sur le pronostic de la folie. Guislain comptait 7 guérisons sur 10 malades, et l'on peut, sans rien exagérer, regarder la guérison comme certaine dans les deux tiers des cas, si l'on a soin d'éliminer tous les faits qui ne sont pas autre chose que le début de la paralysie générale et qui autrefois étaient confondus avec la manie.

Sur 269 guérisons obtenues par Esquirol, 27 malades guérirent dans le premier mois, 32 dans le deuxième, 18 dans le troisième, 30 dans le quatrième, 24 dans le cinquième, 20 dans le sixième, 20 dans le septième, 19 dans le huitième, 12 dans le neuvième, 13 dans le dixième, 23 dans le douzième. La seconde année ne voit que 18 guérisons, et l'on n'en constate que 13 les années suivantes.

Sur 28 accès de manie dont j'ai recueilli l'observation, je vois 2 cas de mort, l'un par suite de complication choréique, l'autre par une affection organique du cerveau intercurrente. Un seul cas est passé à l'état chronique, tous les autres ont guéri, c'est-à-dire 25 sur 28. Sur ces 25 malades, il en est 6 qui ont guéri en moins d'un mois, 8 en un mois à peu près, 6 entre deux et trois mois, 3 en quatre mois, 2 en cinq mois, statistique qui concorde par les points principaux avec les données fournies par Esquirol.

Ainsi, au delà de la première année le pronostic s'aggrave, au delà de la seconde il devient très défavorable; il importe toutefois de savoir que la manie, tant qu'elle n'est pas compliquée de démence, n'est jamais rigoureusement incurable, et que l'on voit à rares intervalles et après plusieurs années de durée, survenir des guérisons tout à fait inespérées.

La *saison* influe sur le nombre des guérisons. En général, les maniaques guérissent peu l'hiver, le chiffre des guérisons s'élève au printemps, s'accroît pendant l'été, saison où s'achèvent les convalescences du printemps, pour atteindre son maximum à l'automne. Sur 269 guérisons, Esquirol en a con-

staté 45 en mars, avril et mai, 61 en juin, juillet et août, 67 en septembre, octobre et novembre, et 32 seulement en hiver.

Les rechutes, se produisant sous l'influence des causes qui ont amené le premier accès, comme les excès alcooliques, l'état puerpéral, le retour du printemps, sont plus fréquentes dans la manie que dans toute autre forme de folie, et aggravent le pronostic lorsqu'elles se reproduisent un grand nombre de fois : « On guérit fréquemment d'un second accès, dit Esquirol, tandis que la guérison devient infiniment plus douteuse, passé le quatrième accès. Sur 279 maniaques guéris, dont je peux rendre un compte exact et détaillé, 132 étaient à leur premier accès, 77 au second, 32 au troisième, 18 au quatrième; 10 en avaient eu un plus grand nombre. »

§ 10. — Diagnostic.

A mesure que nous avancerons dans l'étude de la pathologie spéciale, nous aurons soin de distinguer la manie des diverses formes de folie avec lesquelles elle peut être confondue. Contentons-nous ici de signaler les différences qui la séparent des affections délirantes autres que les vésanies, et surtout des délires symptomatiques.

La *fièvre typhoïde*, la *pneumonie* s'accompagnent parfois à leur première période d'un violent délire, délire purement sympathique, mais qui masque les symptômes essentiels de la maladie, et concentre sur lui toute l'attention du médecin : aussi, plus d'une erreur de ce genre a été commise, et bien souvent on dirige sur Bicêtre ou sur la Salpêtrière des malades en proie à un délire bruyant, et chez lesquels la marche de la maladie et trop souvent l'autopsie révèlent l'existence d'une lésion viscérale méconnue. Le mouvement fébrile qui accompagne à la fois le début de la manie et les délires symptomatiques rend la confusion plus facile encore. Dans les faits de cette nature, il faut s'enquérir avec le plus

grand soin des antécédents du malade ; dans la manie, le mouvement fébrile ne se développe qu'au moment où le délire est dans toute son intensité. Les délires sympathiques, au contraire, sont toujours précédés d'une période fébrile plus ou moins longue : ils ne compliquent la pneumonie ou la fièvre typhoïde qu'au moment où ces dernières se sont déjà révélées par certains symptômes bien accentués. L'auscultation des malades, l'examen attentif de tous les appareils, examen qui ne doit jamais être négligé, mettront bien vite sur la voie de la vérité.

Disons cependant que la manie puerpérale qui coexiste fréquemment avec de la sécheresse de la langue, de la douleur abdominale, de la fièvre, peut, à son début et quand le délire est peu intense, donner pendant quelques jours l'idée d'une fièvre typhoïde. J'ai vu plusieurs fois commettre cette erreur.

On voit que dans l'énumération des moyens de diagnostic nous omettons à dessein l'examen du délire considéré en lui-même.

Et en effet, s'il est possible, comme l'a fait Georget, de poser des limites naturelles entre le délire et la folie comprise dans son sens le plus général, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de séparer la manie du délire. Entre le délire systématique et organisé de certains monomaniaques et le délire général et incohérent, qu'il soit sympathique ou symptomatique, il existe sans doute de profondes différences, mais entre ce dernier et la manie la séparation est impossible : l'incohérence des idées, les hallucinations, la surexcitation des facultés intellectuelles, tous les éléments symptomatiques sont les mêmes, aussi faut-il chercher ailleurs, dans l'examen des antécédents et des divers appareils organiques, les éléments d'un diagnostic différentiel.

La *méningite* et certaines congestions cérébrales délirantes peuvent facilement, surtout à leur début, être con-

fondues avec un accès de manie, et réciproquement. Mais dans la méningite le pouls est fort, plein, et très fébrile, longtemps avant que le délire ait toute son acuité : il y a des vomissements, une céphalalgie persistante, et bientôt du strabisme, des soubresauts tendineux, de la contracture des muscles du cou, du coma, des paralysies. Dans la manie, le pouls offre, il est vrai, au début un peu d'accélération, mais cette accélération tombe bientôt malgré la gravité croissante du délire : les vomissements manquent, il y a peu de céphalalgie, et il n'y a ni soubresauts, ni contracture, ni coma.

Le *delirium tremens*, dont une des formes offre avec la manie plusieurs symptômes communs, s'en distingue par le tremblement de la langue et des extrémités, par la prédominance des hallucinations de la vue et l'aspect spécial de la physionomie. Quant à la manie chronique causée par l'abus des boissons alcooliques, elle ne peut être distinguée de la manie chronique ordinaire que par la connaissance des antécédents du sujet et par la facilité avec laquelle elle se complique de démence.

Le *délire* consécutif à l'*empoisonnement* par la jusquiame, la mandragore ou la belladone, est associé le plus souvent à des mouvements convulsifs, à de la dysurie, à des vomissements, à des superpurgations et à divers accidents du côté du tube digestif. Il est remarquable, en outre, par son début subit, par la dilatation de la pupille, ainsi que par la multiplicité des illusions et des hallucinations qui l'accompagnent.

§ 11. — Traitement.

Tout ce que nous avons dit de l'isolement nosocomial, des moyens de contention applicables aux malades agités, de l'heureuse influence d'un local disposé convenablement, est principalement applicable aux maniaques, et nous ne saurions revenir sur ce sujet déjà longuement exposé. Quant

aux moyens thérapeutiques proprement dits, ils sont nombreux et variés, et, comme il arrive toujours dans les affections qui donnent un nombre considérable de guérisons, chacun d'eux a été préconisé comme un remède héroïque. Une thérapeutique rationnelle, fondée sur les indications que donne chaque cas individuel, est la seule que puisse adopter une pratique éclairée et prudente; mais, avant d'exposer sur quels principes elle repose, passons successivement en revue les diverses méthodes vantées d'une manière exclusive, en étudiant simultanément leurs inconvénients et leurs avantages.

1° Les *émissions sanguines* locales et générales ne peuvent être employées que chez des sujets jeunes, pléthoriques, dont l'agitation s'accompagne d'une vive injection de la face et d'une grande plénitude du pouls. On voit encore, à l'âge de retour ou lorsqu'il y a suppression momentanée de la menstruation ou d'une hémorrhagie périodique, des exacerbations mensuelles qui s'améliorent et disparaissent sous l'influence d'application de sangsues à la vulve ou à l'anus; à part ces circonstances spéciales, la saignée ne sera jamais conseillée comme méthode générale de traitement. Elle peut amener une rémission passagère dans le délire et dans l'agitation, mais peu d'heures après, ces symptômes reparaissent avec une acuité plus grande, sans que de nouvelles pertes de sang puissent les modifier d'une manière plus durable; bien plus, Pinel avait remarqué, et ce fait a été confirmé par l'expérience générale, que les saignées trop abondantes affaiblissaient rapidement les malades, diminuaient les chances de guérison et hâtaient l'arrivée de la démence.

Dans des cas de manie intermittente, on a noté et j'ai vu moi-même qu'une saignée préventive pouvait faire avorter l'accès; mais on se décidera, dans les cas analogues, d'après

l'état général des sujets, et on aura soin de n'user de ce moyen qu'avec beaucoup de réserve.

2° Les *purgatifs* ont été préconisés comme méthode exclusive dans le traitement de la manie : au début ils sont indiqués contre l'embarras gastrique et l'état saburral de la langue; plus tard, en combattant la constipation, en exerçant sur le tube intestinal une révulsion énergique, ils aident puissamment à la guérison; et même pour certains sujets, c'est le seul moyen qui parvienne à calmer l'agitation et à ramener le sommeil. Il faudra proportionner leur emploi à la force des malades et à la manière dont ils supportent le médicament, et surtout déployer toutes les ressources de la pharmacologie pour faire accepter à des sujets indociles des substances dont le goût amer et désagréable peut réveiller de vives répugnances. Les purgatifs résineux et aloétiques ont le grand avantage de congestionner la muqueuse du rectum, de favoriser le développement des hémorrhoïdes et de s'associer avantageusement aux émissions sanguines locales pratiquées vers l'anus ou la vulve.

3° Les *vomitifs*, l'ipéca, le tartre stibié, donnés isolément ou associés l'un à l'autre, modifient avantageusement l'état saburral, et même exercent une action sédative d'une puissance incontestable, car on sait que le ralentissement du pouls, les sueurs profuses et une dépression portée parfois jusqu'à la lipothymie, peuvent suivre les efforts réitérés de vomissements.

Employé en lavage, à la dose de 5 centigrammes pour un litre d'eau, le *tartre stibié* est un médicament très utile. Il est pris sans difficulté à cause de son peu de saveur, et détermine du côté du tube digestif une révulsion modérée, mais permanente, que quelques médecins allemands ont singulièrement préconisée. Donné à dose rasorienne, il agit d'une façon tout autre, mais non moins efficace, par ses propriétés hyposthénisantes; il déprime directement le

système nerveux sans déterminer dans l'organisme une spoliation aussi énergique que les émissions sanguines, soit locales, soit générales. Le tartre stibié à dose contro-stimulante a été préconisé par le docteur Weisener, par le docteur Elsœner (1), et expérimenté par Guislain (2). Je l'ai essayé un grand nombre de fois à Bicêtre sur des malades violemment agités, n'offrant aucune complication gastro-intestinale. Quelquefois il a échoué, mais aussi à diverses reprises, quand la tolérance s'établissait, quand les malades continuaient à se nourrir, j'ai vu, sous l'influence de doses qui n'ont jamais dépassé 50 centigrammes, l'agitation tomber en deux ou trois jours, et la convalescence s'établir avec une grande rapidité.

4° Les *bains tièdes* sont, à juste titre, la base du traitement de la manie. De tous les moyens que nous avons indiqués jusqu'ici, aucun n'est plus universellement employé, aucun ne donne des résultats plus positifs et plus constamment favorables.

On usera des bains tièdes avec sobriété chez les individus âgés, affaiblis par la misère et les privations, et présentant de l'incohérence dans les idées et de la tendance au délire chronique, plutôt qu'une excitation nette et franche; mais chez les sujets jeunes et vigoureux, quand la manie est récente et a fait brusquement explosion, quand l'insomnie est très marquée, on insistera sur l'emploi de ce moyen qui diminue l'éréthisme général, ramène le calme et le bien-être, rétablit le sommeil, rafraîchit la peau inondée de sueur.

La température de l'eau variera selon la saison et la complexion des malades : en moyenne elle doit être de 28 à 30 degrés centigrades; une température plus élevée excite plutôt qu'elle ne calme, et elle dispose aux congestions cérébrales, surtout si l'on n'a pas soin, pendant toute la durée

(1) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, juillet 1857.
(2) Guislain, *Des phrénopathies*, p. 437.

du bain, de maintenir sur la tête des linges ou une éponge imbibés d'eau froide, ou même d'établir une irrigation continue à l'aide d'un filet d'eau tombant au dehors du bain après avoir arrosé le crâne. Pendant le bain, le malade sera surveillé avec soin de peur des syncopes ou des congestions; la surveillance sera plus rigoureuse encore si, pour contenir un sujet indocile, on a été obligé de se servir d'une baignoire munie d'un de ces colliers que l'on n'a pu encore faire disparaître des salles de bains d'aliénés. Au sortir du bain, on veillera à ce que les pieds du malade soient préservés du froid; on l'essuiera rapidement pour éviter les courants d'air, et même il sera bon, si la saison est défavorable, de le mettre quelques heures au lit : aucune de ces précautions n'est inutile si l'on veut éviter toute chance d'accident.

La durée des bains peut être d'une heure, de deux heures et plus. Quelques médecins ont conseillé d'aller au delà de cette limite, et ont érigé en méthode l'emploi exclusif des bains prolongés et des irrigations dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. Déjà Fabrice de Hilden, au dire de Guislain (1), insistait sur la durée des bains au point que les malades y passaient plusieurs jours et n'en sortaient que pour se livrer au sommeil; Pomme avait conçu l'idée de soumettre les femmes hystériques à l'action des bains continués pendant plusieurs heures, mais nul n'a préconisé cette méthode autant que M. Brierre de Boismont (2). Il laisse les malades au bain pendant dix ou douze heures, quelquefois même pendant quinze et dix-huit heures, en ayant soin de faire tomber sur la tête un filet d'eau froide : à l'aide de ce seul moyen, il guérit toutes les

(1) Guislain, *Leçons orales*. Gand, 1851, p. 107, t. III.

(2) Brierre de Boismont, *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1847, t. XIII, p. 537).

formes aiguës de la folie, et la manie en particulier dans un espace de temps compris entre une et deux semaines; la manie chronique elle-même a été améliorée mais non guérie.

L'efficacité de ce moyen thérapeutique est incontestable; mais, quoi qu'on en ait dit, la méthode employée dans toute sa rigueur est loin d'être exempte de danger. En donnant à des malades fort agités des bains de dix-huit heures, on détermine quelquefois un tel état de faiblesse et de prostration que de graves accidents peuvent en résulter, et que les sujets épuisés peuvent mourir sans que leur excitation se soit un seul instant calmée. A moins de circonstances exceptionnelles, je n'oserais donc pas conseiller un bain d'une journée ou d'une journée et demie; au bout de trois ou quatre heures de durée, même dans les cas graves, un bain tiède a épuisé son action sédative, le reste est inutile ou dangereux.

Le bain tiède peut être répété tous les jours, tous les deux jours, ou même à intervalles plus éloignés, selon les résultats obtenus et les indications du moment.

5° L'*opium* et les *narcotiques* sur lesquels on a beaucoup disserté, rendent d'incontestables services dans le traitement de la manie, mais il faut savoir choisir et le mode d'emploi et les indications. Quand l'agitation est violente, quand le sujet a le pouls fort, développé, la face congestionnée et vultueuse, l'opium ne donne aucun résultat avantageux, soit qu'on l'emploie à petite dose, soit qu'on use de doses plus élevées; je serais même porté à le regarder alors comme nuisible, car il favorise le mouvement congestif vers la tête, et augmente l'incohérence des idées et la violence de l'agitation. Mais l'opium devient très utile au déclin de l'état maniaque, quand il reste seulement une grande mobilité nerveuse, de l'insomnie et une incohérence d'idées indépendante de toute excitation et semblant indiquer une sorte

d'atonie des fonctions nerveuses. Dans ces cas l'opium donné à doses progressivement croissantes ramène le sommeil, régularise toutes les fonctions en donnant du ton au système nerveux et amène une rapide amélioration. A toutes les préparations opiacées, je préfère le laudanum de Sydenham et surtout l'extrait thébaïque, administré en pilules ou en solution dans une potion. La dose quotidienne, qui variera entre 5 et 20 ou 25 centigrammes sera donnée, ou le soir en une seule fois, ou dans le cours de la journée, à doses fractionnées.

Nous verrons plus tard que dans la manie alcoolique l'opium constitue un véritable spécifique qui peut être ordonné d'emblée à des doses assez élevées.

Les autres narcotiques, comme la *jusquiame*, le *datura stramonium*, la *belladone*, isolés ou associés, peuvent être considérés comme des adjuvants utiles dans le traitement de la manie. Ils calment la surexcitation nerveuse et favorisent le sommeil, mais aucun d'eux n'a sous ce rapport les énergiques propriétés de l'opium. Quant à la digitale, plus particulièrement vantée par son action directe sur le cœur, elle exerce une action sédative bien réelle et est donnée avantageusement, d'après Guislain, aux maniaques qui éprouvent de fortes angoisses et dont le pouls est très fréquent; j'ai eu lieu de confirmer maintes fois la vérité de cette assertion.

Le camphre, la valériane, l'éther et tous les antispasmodiques sont des moyens accessoires qui ne répondent qu'à des indications tout à fait passagères.

6° La *diète lactée*, seule ou associée aux bains tièdes, aux purgatifs, aux narcotiques, a été préconisée par M. Baillarger dans le traitement de la manie aiguë et surtout de la manie puerpérale. C'est un moyen qui, sans être toujours efficace, mérite certainement de rester dans la pratique. En faisant prendre à un maniaque 1 ou 2 litres de lait chaque jour, on apaise la soif et on donne en même temps une

alimentation qui, sans avoir rien d'excitant, est suffisante pour soutenir les forces. Ce mode de traitement peut être parfaitement toléré pendant quinze jours, un mois et même plus chez certains sujets; si le lait soulevait une grande répugnance, on pourrait le réserver pour un seul des repas de la journée. Enfin il peut survenir soit de la diarrhée, soit de la constipation; la première de ces complications est une contre-indication presque absolue à l'emploi de la diète lactée, car il est fort rare que la tolérance s'établisse; mais la constipation cédera sans peine à l'emploi de légers laxatifs, et n'aura jamais de conséquences sérieuses.

7° Les *révulsifs* comme le moxa et le cautère à la nuque, les frictions stibiées sur le cuir chevelu, ont été fréquemment employés. Ces moyens ne peuvent être rationnellement conseillés que dans les cas où la maladie tend à passer à l'état chronique, quand l'agitation devient monotone, uniforme, quand les idées délirantes ont peu d'activité. Une suppuration abondante et prolongée peut alors aider à la guérison, et c'est dans des cas analogues que l'on a vu des plaies accidentelles amener une amélioration sur laquelle on ne comptait plus. Quant aux frictions stibiées pratiquées deux fois par jour sur le crâne préalablement rasé, elles peuvent, si l'on n'y prend garde, ulcérer profondément le cuir chevelu et détruire les bulbes pileux; chez les jeunes sujets et surtout chez les femmes, c'est là un inconvénient sérieux dont il faut tenir compte dans l'appréciation de ce moyen de traitement.

En résumé, parmi tous les moyens que nous venons d'indiquer, aucun moyen ne peut être employé d'une manière exclusive. En suivant avec trop d'inflexibilité une ligne thérapeutique on s'expose à manquer aux indications les plus pratiques et à laisser échapper les occasions d'être utile.

Au début de l'accès, il faut insister sur l'isolement et une installation convenable, sur les bains tièdes prolongés,

sur les purgatifs; quel que soit le degré de l'excitation, il faut alimenter les malades et même leur donner une nourriture suffisamment tonique, à moins que l'accélération du pouls, la sécheresse de la langue ne constituent une contre-indication. C'est dans ce dernier cas que la diète lactée est avantageusement employée selon les règles que nous avons tracées plus haut. Plus tard, quand l'agitation a perdu de son acuité, quand le délire est monotone, uniforme, quand l'insomnie persiste, l'opium, les affusions froides, les douches seront employées avec avantage.

Les cautères et les révulsifs énergiques ne seront mis en usage que lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique et laisse craindre l'invasion prochaine de la démence.

CHAPITRE II.

DE LA MÉLANCOLIE.

Définition. — Causes. — Début. — Symptômes intellectuels et somatiques. — Formes de mélancolie : mélancolie sans délire, mélancolie avec délire, mélancolie avec stupeur. — Marche. — Terminaisons. — Pronostic. — Diagnostic. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

La *mélancolie* est une affection mentale caractérisée par des idées délirantes de nature triste et par de la dépression portée parfois jusqu'à la stupeur.

Ces deux éléments, délire de nature triste et dépression, s'associent, mais dans des proportions inverses, pour constituer la mélancolie : plus le délire triste a d'activité, moins la dépression est accentuée; plus la dépression est profonde, moins les idées délirantes ont d'énergie et de netteté; elles se perdent alors au milieu du vague et de la confusion de

l'esprit, et ne se révèlent que par des manifestations automatiques sans enchaînement ni vigueur.

En donnant cette acception au mot mélancolie, nous nous éloignons sensiblement de la signification que lui avait assignée Esquirol. Cet auteur, nous l'avons vu, divisait la monomanie en monomanie proprement dite, ayant pour signe caractéristique un délire partiel et une passion excitante ou gaie ; et en mélancolie ou lypémanie caractérisée par un délire partiel et une passion triste et oppressive. A l'exemple de M. Baillarger, nous séparons la mélancolie du délire partiel ou monomanie en raison de l'existence, dans la mélancolie, d'un état général, la dépression, qui tantôt précède le délire, tantôt se surajoute à lui, et dans tous les cas lui communique, ainsi qu'à toutes les fonctions de l'économie, un cachet d'inertie qui le distingue nettement de toutes les formes de maladies mentales.

§ 2. — Causes.

A part les cas assez rares où une émotion morale violente amène un brusque début, les causes de la mélancolie agissent, en général, avec lenteur et préparent de longue main l'explosion de la maladie. Ce sont des chagrins prolongés, des luttes morales incessantes, qui ébranlent le système nerveux et le maintiennent dans un état perpétuel de tension et de fatigue : c'est ainsi que, parmi les causes de la mélancolie puerpérale, il faut assigner un rôle important aux chagrins qui peuvent surgir pendant la grossesse. Les causes physiques les plus actives sont encore des causes débilitantes, les fatigues, les privations, la misère, une alimentation insuffisante, des pertes de sang considérables, ou bien des affections fébriles ayant profondément affaibli l'économie : cette influence plus spéciale des causes dépressives sur le développement de la mélancolie mérite d'être notée en raison de l'analogie qui semble

exister entre la nature de la cause et la nature de la maladie.

De toutes les affections mentales, la mélancolie est celle qui est le plus souvent sympathique d'une lésion viscérale éloignée.

§ 3. — Début.

La mélancolie, comme la manie, peut débuter brusquement; on a vu dans quelques cas une vive impression de terreur amener presque instantanément un accès de stupeur mélancolique. Plus communément, la maladie se développe avec lenteur, et après avoir offert les prodromes habituels de la folie. Tantôt c'est une idée fixe de nature triste, qui s'implante dans l'esprit, gagne peu à peu du terrain, et finit par envahir l'intelligence en communiquant à toutes les conceptions une nuance triste uniforme. Tantôt, au contraire, il y a dès l'origine un assemblage confus d'idées délirantes disparates s'accompagnant d'une vive agitation. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours de cet état intermédiaire, que la mélancolie se dessine nettement par la généralisation et la teinte plus prononcée des fausses conceptions. Souvent le pouls s'accélère, il y a de la céphalalgie, un malaise général, des enduits muqueux et bilieux de la langue, de la constipation, de l'insomnie et tout un appareil symptomatique qui peut rendre le diagnostic douteux et éveiller l'idée de quelque fièvre continue compliquée de délire. Mais au bout de quelque temps, les symptômes accessoires disparaissent, et la persistance du délire ainsi que la nature des fausses conceptions ne laissent aucun doute sur l'existence d'une affection mentale.

§ 4. — Symptômes.

Deux sortes de symptômes doivent être étudiés dans la mélancolie, symptômes de l'ordre intellectuel, symptômes de l'ordre somatique.

1° *Symptômes de l'ordre intellectuel.* — Le délire des mélancoliques offre, chez tous les sujets, de grandes analogies : les malades se croient ruinés, perdus, déshonorés; ils s'accusent de crimes imaginaires, se reprochent comme des forfaits impardonnables les circonstances les plus insignifiantes de leur existence; ils font, disent-ils, le déshonneur de leur famille et sont, pour tous ceux qui les approchent, un objet de réprobation. Ils sont damnés, ils sont voués à la guillotine, les domestiques qui les entourent sont des geôliers, la maison qu'ils habitent est une prison; aussi vivent-ils au milieu d'une anxiété poignante, ressentant toutes les angoisses morales de la situation que leur crée leur délire, voyant partout autour d'eux des signes de mépris, des menaces de mort, des pronostics sinistres pour l'avenir.

Des illusions et des hallucinations se surajoutent au délire et provoquent des accès de panophobie. Les malades entendent des voix qui les accusent et les injurient, ils voient des figures menaçantes, perçoivent des sensations étranges, et leurs actes ainsi que leurs déterminations portent bien vite l'empreinte de ces troubles intellectuels si profonds : c'est ainsi qu'ils refusent les aliments, soit parce que, étant ruinés, ils craignent de ne pouvoir payer leur nourriture, soit parce qu'ils leur trouvent une saveur empoisonnée. Quelques-uns veulent se laisser mourir de faim, afin d'échapper à un supplice ignominieux; chez d'autres, les idées de suicide ont pour mobile le désir d'éviter à leur famille la honte et le déshonneur; elles se révèlent par des tentatives de toute nature et exigent la plus rigoureuse surveillance. Ce qui caractérise à un degré plus avancé l'état intellectuel des mélancoliques, ce n'est pas seulement la nature toute spéciale de leurs conceptions délirantes, c'est encore la monotonie et la passivité de leur délire : chez eux, l'imagination a singulièrement perdu de son activité. Loin de

discuter leurs fausses conceptions, loin de chercher à les étayer de raisons ingénieuses et variées comme le font les monomaniaques, les mélancoliques, oppressés par la nature de leurs idées, se bornent à répéter les mêmes mots et les mêmes phrases. Si vous essayez de les convaincre, de leur démontrer la fausseté de leurs terreurs, ils ne discutent jamais, et, loin de s'animer, répondent par des négations monotones à tous les efforts de logique que vous tenterez près d'eux. A un degré plus avancé, non-seulement le délire roule dans un cercle restreint d'idées délirantes, mais encore les idées deviennent confuses, incohérentes, à mesure que la dépression intellectuelle se prononce davantage. Cet enchaînement de symptômes se comprend sans peine si l'on songe à l'action oppressive que la tristesse et le chagrin prolongé exercent, même à l'état normal, sur l'intelligence.

Au délire mélancolique s'associent quelquefois des idées hypochondriaques qui lui donnent encore plus de gravité. Les malades croient avoir le tube digestif obstrué, ils se plaignent de ne pouvoir uriner, d'avoir le fondement renversé, se préoccupent vivement des fonctions de tel ou tel organe, et trouvent dans ces craintes sur l'état physique de leurs viscères, un nouvel élément de délire. Quelques-uns sentent telle ou telle partie de leur corps se transformer ou s'anéantir, ils croient qu'on a changé leur sexe, ils répètent qu'ils n'ont plus de bras, qu'ils n'ont plus de jambes, qu'on leur a mis une tête d'animal, que leur corps a été métamorphosé. Chez d'autres, l'idée hypochondriaque s'associe plus intimement encore au délire mélancolique : au milieu du désordre de leur intelligence, prédomine cette idée que leur corps est décomposé, qu'ils exhalent une mauvaise odeur, c'est pour cela qu'ils fuient le monde, qu'ils sont couverts d'opprobre, qu'ils veulent mettre fin à leurs jours. Enfin, il arrive que le délire, poussé à sa limite extrême, amène, chez les malades, un sentiment si profond

d'anéantissement qu'ils croient être morts. On les voit alors muets, les yeux fermés, immobiles dans le décubitus dorsal, ne répondant ni par parole ni par gestes aux interpellations de ceux qui les entourent, refusant de manger et répétant seulement à voix basse et à longs intervalles qu'ils sont morts.

2° *Symptômes de l'ordre somatique.* — A côté de ces conceptions délirantes, qui, malgré leur nombre et leur variété, présentent toutes une teinte uniforme caractéristique, il se produit chez les mélancoliques un ensemble de modifications des fonctions organiques qui peuvent se résumer dans un seul mot, la dépression. Ces modifications, plus difficiles à saisir dans les cas où la dépression est légère, se retrouvent, mais beaucoup plus accentuées, lorsque la dépression très profonde arrive jusqu'à cet état désigné sous le nom de stupeur ou stupidité. Mais, quel que soit son degré, les modifications qu'elle détermine, malgré leur intensité variable, sont toujours identiques avec elles-mêmes et indiquent l'action d'une cause uniforme agissant à la fois sur tout l'individu.

Le facies est un des premiers symptômes qui attirent l'attention. Les traits grippés, contractés, expriment l'anxiété et la souffrance ; les sourcils sont froncés, le regard abaissé vers la terre, et la figure, immobile et insensible, indique une profonde concentration de la pensée ; dans la stupeur complète, cette immobilité des traits devient telle, qu'un masque semble placé sur le visage, la bouche est entr'ouverte, la lèvre inférieure pendante et fuligineuse ; les narines sont pulvérulentes, le regard est terne étonné et hébété ; c'est, à s'y méprendre, le visage des individus frappés de fièvre typhoïde.

L'attitude indique également un grand affaissement : les mouvements sont lents et indécis, la marche se fait à petits pas, les pieds se soulèvent à peine de terre, et il faut incessamment exciter les malades pour les déterminer à s'habiller, à marcher, à exécuter quelque mouvement. Plus tard, si la dépression s'aggrave, ils restent immobiles, la tête

inclinée sur la poitrine, les bras tombant inertes le long du corps, les genoux à moitié fléchis. Ils semblent à peine pouvoir se soutenir, et cependant, lorsqu'on les pousse, ils oscillent comme des masses inertes et finissent par retrouver leur équilibre sans tomber, comme cela arriverait aux paralytiques. Sont-ils assis ou couchés, la prostration est la même, et ils ont une tendance invincible à conserver indéfiniment la même position. Lorsqu'on tente de faire exécuter aux membres quelques mouvements partiels, tantôt on trouve les muscles dans un état de résolution complète, tantôt, au contraire, ils sont roides et contractés. Tout en perdant de leur force, les mouvements musculaires perdent aussi de leur précision et de leur régularité ; la main tremble en soulevant un objet un peu lourd, et même chez quelques malades j'ai constaté de la manière la plus positive des mouvements vermiculaires de la langue, du tremblement dans le sillon naso-labial au moment où la bouche s'ouvre pour parler, et par suite, un peu d'hésitation dans la parole. Il suffit de mentionner ce fait pour faire voir son importance au point de vue du diagnostic, souvent fort difficile au début, de la mélancolie avec stupeur et de la paralysie générale à forme mélancolique.

Chez les mélancoliques la voix est habituellement monotone, peu élevée et lente comme la pensée ; quand la dépression va jusqu'à la stupeur, elle est éteinte, voilée et comme étranglée. Il est évident que les cordes vocales vibrent moins énergiquement, et que le courant d'air expiré est moins rapide en raison de l'affaiblissement des forces actives de la respiration.

Enfin, cet état de résolution musculaire, associé d'ailleurs à l'insensibilité de la peau et des muqueuses, peut arriver à un tel degré qu'il y ait excrétion involontaire et habituelle de l'urine et des matières fécales, symptôme toujours sérieux, car il est l'indice d'une dépression profonde sous

l'influence de laquelle les moindres complications peuvent acquérir une gravité inaccoutumée.

Du côté de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale, les troubles ne sont pas moins caractérisés. L'anesthésie, l'analgésie, sont des phénomènes que l'on constate chaque jour chez les mélancoliques. Cent fois il m'est arrivé d'interroger par tous les moyens possibles la sensibilité de la peau, même dénudée de son épiderme, et presque constamment je l'ai trouvée ou abolie entièrement ou affaiblie d'une manière très sensible : quelquefois la sensation de douleur est produite, mais elle ne se manifeste que quelques secondes après le moment où un excitant quelconque est appliqué sur la peau, comme si la transmission par les cordons nerveux s'était faite avec plus de lenteur : il faut, comme nous l'avons déjà dit, dans les explorations de ce genre, se mettre en garde contre l'impassibilité du malade provenant non de l'absence de douleur, mais d'une idée délirante de supplice ou d'expiation comme en ont les mélancoliques. La sensibilité spéciale offre des modifications analogues : plusieurs fois j'ai constaté des troubles dans la vision, une diminution de l'ouïe et de la sensibilité olfactive.

Le sommeil est nul, ou bien léger et facile à troubler; souvent il est agité par des rêves et par des mouvements automatiques.

La respiration et la circulation subissent une notable perturbation dans leur rhythme et leur fréquence relative. Ces modifications sont très sensibles dans la stupeur, elles sont moins accentuées dans la mélancolie simple, néanmoins elles se présentent avec un caractère de généralité qui leur donne une valeur réelle.

Dans la stupeur, les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, au lieu de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, perdent tout à fait

leurs caractères physiologiques. Le thorax se soulève à peine et le murmure vésiculaire est parfois tellement affaibli qu'il devient difficilement perceptible : dans certains cas, six ou sept inspirations très faibles sont suivies d'une inspiration plus forte ; dans d'autres cas, l'inspiration est habituellement peu longue, mais elle se fait d'une manière saccadée, comme si elle se composait de plusieurs petites inspirations secondaires.

Non-seulement les inspirations perdent de leur ampleur, mais encore elles se ralentissent d'une manière très sensible relativement au nombre des pulsations. A l'état physiologique, il existe entre le nombre des pulsations et le nombre des respirations un rapport parfaitement déterminé, et ce rapport varie suivant l'âge des sujets, suivant le nombre des pulsations (1). Or, en examinant chez des mélancoliques en état de stupeur le pouls et la respiration, et en comparant leur rapport au rapport normal, on constate de la manière la plus évidente que, lorsque la stupeur est profonde, le nombre des respirations relativement au nombre des pulsations est de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique. Quand la dépression devient moins intense, les rapports normaux entre le pouls et la respiration reparaissent ; lorsqu'elle s'aggrave, la circulation s'accélère sans que le nombre des respirations augmente proportionnellement, ou bien encore la respiration se ralentit sans aucune modification dans la circulation. Dans les deux cas, le résultat est le même, et il est facile d'en prévoir toutes les conséquences : l'équilibre se trouve rompu entre la quantité de sang que le cœur envoie au poumon et la quantité d'air qui arrive par les voies respiratoires, et ce n'est pas impunément qu'il y a par minute dix et même quinze respirations de moins. L'oxygénation du sang devient plus lente et plus incomplète, le sang

(1) Le tableau suivant, emprunté à un travail que j'ai publié en juillet 1853 dans les *Archives de médecine*, indique d'une manière sommaire et en prenant

veineux stagne dans ses vaisseaux et arrive au poumon avec moins de liberté ; peu à peu les capillaires sont distendus par un sang chargé d'acide carbonique; d'où la cyanose des mains, du nez, des lèvres, que l'on observe chez les sujets atteints de mélancolie avec stupeur, d'où l'œdème et la bouffissure de la face, le refroidissement des extrémités, la langueur de toutes les fonctions, enfin cet état d'asphyxie incomplète qui s'explique par le ralentissement de l'hématose.

J'ai cherché avec soin chez divers sujets l'état de la calo-

la moyenne d'une très grande quantité de faits, le nombre de respirations qui, à l'état physiologique, correspond à un nombre donné de pulsations :

à	43	pulsations	correspondent	16	respirations.
	53	—	—	19	—
	70	—	—	24	—
	82	—	—	24	—
	104	—	—	35	—
	142	—	—	42	—
	172	—	—	50	—

Voici, par comparaison, quelques résultats fournis par l'examen quotidien du pouls et de la respiration chez des mélancoliques.

Homme, 50 ans, état de stupeur s'aggravant chaque jour :

77 pulsat. 14 respirat.
78 — 20 —
96 — 20 —

Homme, 50 ans, mélancolique :

106 pulsat. 21 respirat.
92 — 26 —
102 — 20 —

Homme, 17 ans, stupeur profonde :

106 pulsat. 20 respirat.

Homme, 25 ans, stupeur et démence :

84 pulsat. 14 respirat.

Homme 28 ans, mélancolique :

116 pulsat. 28 respirat. } stupeur
72 — 17 — } profonde.
92 — 17 — } légère
90 — 21 — } excitation.

Femme, stupeur profonde :

112 pulsat. 22 respirat.
90 — 22 — } légère
78 — 21 — } excitation.

Femme, 35 ans, alternative de stupeur et d'excitation :

75 pulsat. 16 respirat. } stupeur.
70 — 13 — }
71 pulsat. 23 respirat. }
74 — 20 — } excitation.
78 — 18 — }

Femme, 22 ans, stupeur avec délire mélancolique :

120 puls. 24 resp.
108 — 18 —
99 — 21 —
90 — 18 — } cessation de la stupeur, persistance du délire mélancolique.
84 — 21 —
86 — 22 —

rification : maintes fois j'ai pu constater que les extrémités étaient froides, et présentaient une différence de 2 à 8 degrés comparées aux autres parties du corps ; mais le thermomètre appliqué vers les parties centrales m'a donné toujours une température égale ou même supérieure à 36 degrés centigrades, en sorte qu'on ne peut rien conclure de ce résultat trop peu accentué.

Les fonctions digestives présentent à leur tour de notables modifications : les lèvres, les gencives, sont encroûtées de fuliginosités, phénomène qui, de même que la pulvérulence des narines, tient à l'immobilité absolue des malades et rappelle ce qui se passe dans les fièvres typhoïdes ; plus rarement la langue est sèche, souvent même quand la stupeur est profonde, elle reste humide et le malade la tire hors de la bouche avec lenteur et hésitation.

L'appétit est toujours peu développé et la quantité de nourriture ingérée fort peu considérable. En raison de l'inertie qui les domine, la plupart des malades conservent en présence de leurs repas cette lenteur et cette hésitation qui caractérisent tous leurs mouvements : il faut à chaque bouchée redoubler d'instances auprès d'eux, et bien souvent, malgré de grands efforts, on n'obtient qu'une alimentation insuffisante qui contribue à aggraver l'état général des sujets par la débilité qu'il entraîne ; d'autres, en raison d'idées délirantes spéciales, luttent avec une certaine énergie, et crachent les aliments qu'on est parvenu à introduire dans la bouche. Quand la stupeur est profonde, cette résistance est bien rare : les malades se laissent faire, et pour peu que les aliments aient été portés assez profondément, la déglutition s'opère chez eux par un véritable mouvement réflexe et sans leur participation active. Non-seulement la nourriture est ingérée en petite quantité, mais encore la digestion se fait avec lenteur, et l'assimilation est très incomplète, d'où l'anémie, la décoloration des traits, la langueur de toutes les fonctions.

Enfin, la constipation est un phénomène qui ne fait jamais défaut : elle tient à la fois à la petite quantité des aliments ingérés, à la diminution des sécrétions du tube digestif, et à l'affaiblissement de la contractilité des tuniques musculaires de l'intestin ; elle doit attirer d'une manière spéciale l'attention du médecin, car elle exerce une fâcheuse influence sur les fonctions nerveuses, et en la combattant avec énergie et persévérance on obtient des résultats remarquables et inattendus.

Les sécrétions chez les mélancoliques présentent certains troubles qui sont en relation parfaite avec l'état des autres fonctions ; la salive visqueuse et peu abondante s'écoule quelquefois involontairement, du moins chez les malades en stupeur, au-dessus de la lèvre inférieure pendante et renversée. L'urine, rare et sédimenteuse, peut être excrétée involontairement dans les cas de stupeur profonde, mais jamais elle ne contient de sucre ni d'albumine. La peau, froide, sèche, un peu visqueuse, rappelle la sensation que donne le contact de la peau des cholériques ; elle a perdu son élasticité et sa souplesse, et il est évident que les fonctions perspiratoires sont nulles ou peu énergiques ; les sécrétions du cuir chevelu subissent également une diminution notable, et les cheveux offrent une sécheresse, un aspect terne et rugueux qui contrastent avec l'état physiologique.

En étudiant isolément chez les mélancoliques d'un côté la nature du délire, de l'autre la dépression de toutes les fonctions, nous avons procédé par voie d'analyse, et afin de rendre notre description plus complète, nous avons réuni dans un même tableau des traits qui d'ordinaire se trouvent épars dans un grand nombre de sujets. Il importe maintenant de savoir comment s'associent entre eux ces deux éléments pathologiques, afin de donner naissance aux diverses formes de la mélancolie.

§ 5. — Formes de la mélancolie.

Lorsque la dépression est très profonde, lorsqu'elle est portée jusqu'à la stupeur, l'activité des idées délirantes est presque nulle, à tel point que beaucoup d'auteurs admettent dans les faits de ce genre une suspension totale des actes intellectuels; dans d'autres cas plus nombreux, la dépression et le délire mélancolique s'associent dans des proportions à peu près égales. Enfin, il peut arriver que la dépression existe seule, sans conception délirante à proprement parler, d'où il résulte trois formes ou trois degrés de mélancolie, correspondant jusqu'à un certain point aux formes que nous avons admises dans la manie : 1° mélancolie sans délire, 2° mélancolie simple, 3° mélancolie avec stupeur.

1° Dans la *mélancolie sans délire*, on ne constate aucune fausse conception : la dépression existe seule et elle amène une telle impuissance, un tel anéantissement, qu'elle détermine un véritable état d'aliénation mentale : les malades conservent une appréciation assez nette de leur position, ils la déplorent, ils se lamentent sur leur impuissance, et néanmoins ils opposent une force d'inertie invincible à tous ceux qui essayent de les faire sortir de leur immobilité. On les voit négliger leur toilette, les soins de leur ménage, leurs affaires les plus importantes, rechercher le silence, l'isolement, et faire en vain des efforts pour secouer le poids qui pèse sur leur intelligence. J'ai vu, entre autres, une malade qui, à la suite d'un accès de mélancolie délirante avec agitation, passait ses journées inoccupée, debout, immobile dans un coin de sa chambre, demander d'une voix dolente à rester en repos, pleurant, résistant et se désespérant toutes les fois qu'il fallait se lever, s'habiller et manger. Pour la faire agir, pour obtenir d'elle un mot de réponse, il fallait des excitations incessantes, jamais elle ne s'exprimait autrement que par monosyllabes, et cependant les conceptions

délirantes avaient totalement disparu : elle appréciait nettement sa situation, ainsi que les affaires de famille qui lui étaient soumises, écrivait à ses enfants des lettres très sensées et leur donnait les meilleurs conseils. Après plusieurs mois, cette malade finit par entrer en convalescence.

Pour Guislain (1), cette dépression sans délire est la mélancolie dans sa plus grande simplicité : C'est, dit-il, un état de tristesse et d'abattement avec ou sans écoulement de larmes, sans aberration notable du jugement et de l'intelligence. Le malade a conscience de ce qui se passe autour de lui, il apprécie plus ou moins sa situation, reconnaît ses amis, ses ennemis ; mais une crainte, une peur, un désespoir le dominent, il est absorbé dans ce sentiment douloureux.

2° Dans la *mélancolie simple*, le délire triste et la dépression existent simultanément, mais se trouvent associés dans des proportions toujours inverses, variant singulièrement selon chaque sujet. Plus la dépression est intense, moins le délire a d'activité. Lorsque, au contraire, les idées délirantes sont remarquables par leur ténacité, leur nombre et leur fécondité, la dépression est remplacée par une excitation qui n'est plus l'activité exubérante du maniaque, mais bien une agitation automatique, souvent sans but et sans direction, qui pousse les malades à errer çà et là, à résister à tout ce qu'on leur demande, à lutter énergiquement toutes les fois qu'on veut les habiller, les déshabiller, leur faire prendre leurs repas. Abandonnés à eux-mêmes ces mélancoliques restent inquiets, irrésolus, et dans un état d'anxiété qui se traduit par l'aspect de la figure, par les gestes, les phrases entrecoupées qui laissent la pensée incomplète et comme en suspens. Chez d'autres, l'agitation se manifeste sous forme de paroxysmes signalés par des cris, des lamentations, des visions terrifiantes, des tentatives de suicide, et pendant lesquels réapparaissent en foule et avec une inten-

(1) *Traité des phrénopathies*, p. 187.

sité nouvelle toutes les idées délirantes assoupies momentanément pendant les moments de calme. C'est en se fondant sur la prédominance de tel ou tel de ces symptômes qu'on a décrit comme variétés distinctes la *mélancolie suicide*, la *mélancolie anxieuse*, la *manie mélancolique*, la *mélancolie panophobique*.

3° Dans la troisième forme, *mélancolie avec stupeur*, ce qui domine, c'est la dépression. Ce sont ces malades qui, muets, immobiles comme des statues, semblent présenter un anéantissement complet de toutes les fonctions d'innervation, et offrent au plus haut degré les modifications fonctionnelles que nous avons indiquées précédemment.

Cette forme de mélancolie tout à fait remarquable était confondue par Pinel avec l'idiotisme; Esquirol la décrivit sous le nom de démence aiguë ; Georget, le premier, en fit un genre particulier de folie qu'il appela stupidité, lui assignant comme principal caractère l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées ou qu'il ne puisse les exprimer. M. Etoc, en 1838, dans sa thèse inaugurale, admet aussi que la stupidité a pour caractère principal la suspension ou l'embarras de l'intelligence, et Ferrus, à son tour, définit la maladie, la suspension rapide apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales. En 1843, M. Baillarger reprenant l'étude de cette question, a prouvé par des observations nombreuses que derrière cette torpeur et cet engourdissement apparent de l'intelligence, il existait toujours un délire d'une grande activité ; en interrogeant ces malades au moment de leur convalescence sur les sensations qu'ils avaient éprouvées, il a trouvé que la plupart étaient en proie à des illusions et à des hallucinations de tous les sens donnant naissance aux idées délirantes les plus bizarres, que tous, malgré l'embarras et la confusion des idées avaient un délire de nature exclusivement triste, souvent accompagné d'idées de suicide; qu'ils avaient perdu la con-

science du temps, des lieux, des personnes et vivaient dans un monde imaginaire. Chez aucun d'eux il n'a constaté la suspension de l'activité intellectuelle : c'est en s'appuyant sur ces observations que M. Baillarger, niant la stupidité comme genre distinct de folie, l'a rattachée à la mélancolie.

La place que nous assignons ici à la stupidité indique assez que nous partageons cette conviction conforme à toutes les observations que nous avons recueillies; disons toutefois que, parmi les faits très nombreux de stupidité rapportés par les auteurs, il en est dans lesquels les convalescents affirment que, pendant leur état de maladie, ils ne pensaient à rien, ne désiraient rien, et vivaient dans une confusion d'idées complète. Ces faits sont trop nombreux et trop positifs pour pouvoir être niés, mais ils me paraissent insuffisants pour séparer la stupeur de la mélancolie. Peut-être, ainsi que l'a pensé M. Baillarger, peuvent-ils s'expliquer par l'oubli complet des idées qui ont préoccupé le malade pendant son délire, car on voit tous les jours des somnambules ignorer ce qui s'est passé pendant leur accès, et le même phénomène s'observe dans la manie suraiguë, alors que les sujets violemment excités ont perdu toute conscience de ce qui se passe autour d'eux. Et d'ailleurs, puisque nous avons admis une forme de mélancolie constituée uniquement par une légère dépression sans délire, n'est-il pas rationnel d'attribuer à la même forme morbide un état dans lequel la dépression existerait seule, mais à son degré le plus élevé, et allant jusqu'à l'anéantissement passager des facultés intellectuelles?

§ 6. — Marche.

La mélancolie, quelle que soit sa forme, peut être *continue*, *rémittente* ou *intermittente*. Que la maladie soit *continue* ou *rémittente*, on peut toujours, en l'envisageant dans son

ensemble, lui reconnaître les trois périodes d'augment, d'état et de déclin que nous avons déjà signalées dans la manie, mais ces périodes sont difficiles à délimiter avec précision, car la marche des symptômes peut être modifiée incessamment par une foule de circonstances qui les aggravent ou les atténuent. C'est ainsi que les périodes menstruelles, la constipation, les froids excessifs, les chaleurs orageuses donnent plus d'intensité aux idées délirantes des mélancoliques, ou augmentent la dépression. Le matin, au réveil, les idées sombres, les pressentiments sinistres, l'inertie sont plus accentués ; les mélancoliques sont effrayés de la perspective d'une journée dont la longueur leur semble interminable ; à mesure que la journée avance, ces symptômes s'améliorent, et quelquefois le soir les malades ne sont plus reconnaissables ; d'autres, au contraire, chez lesquels domine la panophobie, redoutent l'approche de la nuit et des ténèbres qui redoublent leurs visions et leurs terreurs. Lorsque les hallucinations se surajoutent au délire mélancolique, non-seulement elles lui donnent plus de gravité, mais encore elles rendent sa marche plus irrégulière et modifient fréquemment la direction des idées délirantes.

La stupeur elle-même, quelque profonde qu'elle soit, peut offrir des rémittences. On voit, sans cause appréciable, ces malades se réveiller, revenir à eux tout en conservant leurs idées mélancoliques, et au bout de quelques heures, parfois même de plusieurs journées, retomber dans le même état d'inertie.

La mélancolie *intermittente* peut revenir sous forme d'accès apparaissant tous les ans, tous les six mois, tous les huit jours, tous les deux jours, ou même à des époques inégales variant selon chaque individu. Plus les périodes sont courtes, plus le début et la guérison de l'accès sont brusques. A cette forme s'applique tout ce que nous avons dit plus haut sur l'intermittence dans la folie.

§ 7. — Terminaisons.

La mélancolie, même dans les cas les plus heureux, ne se termine guère par *la guérison* avant une quinzaine de jours, car ici l'on n'observe pas, comme dans la manie, ces accès passagers de délire qui cèdent au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures; elle peut se prolonger pendant des mois et des années. La guérison s'opère presque toujours d'une manière lente et graduée, et est signalée par la diminution simultanée de la dépression et des idées délirantes. Les malades se laissent rassurer, prennent confiance dans ceux qui les entourent, et sortent peu à peu des pensées pénibles qui les obsèdent; leur activité physique et intellectuelle reparaît, quelquefois même elle dépasse la limite physiologique, et l'on voit pendant la convalescence de certains accès de mélancolie, les malades en proie à une surexcitation intellectuelle qui se calme avec le temps, mais qui exige de grands ménagements jusqu'au rétablissement du niveau normal.

Quand elle ne se termine pas par la guérison, la mélancolie peut passer à l'*état chronique*: s'il s'agit d'un cas où la stupeur est profonde, la même symptomatologie, c'est-à-dire le mutisme, l'inertie, l'immobilité, se prolonge pour ainsi dire indéfiniment ou avec des variations à peine sensibles. Si, au contraire, le délire mélancolique a été très actif, en devenant incurable il perd de son intensité, et se circonscrit dans un cercle restreint de conceptions maladives; les idées de suicide s'éloignent, et même, à la longue, on ne retrouve plus que les traits effacés de la maladie primitive, jusqu'au moment où la démence se prononce.

La transformation de la mélancolie en manie rentre dans l'étude de la folie à double forme, et nous nous bornons ici à la mentionner.

Enfin, la mélancolie peut se terminer par *la mort* : à l'état aigu, les sujets succombent au refus d'aliments et à ses conséquences : marasme, diarrhée, affections gangréneuses; au délire aigu, ou à quelque complication viscérale. A l'état chronique, ce sont presque toujours des affections de l'abdomen, des pleurésies, des tubercules pulmonaires qui déterminent la mort. Quant aux affections du foie et de la vésicule biliaire, qu'on a voulu regarder comme spéciales aux mélancoliques, c'est là une idée théorique imaginée en vue de la doctrine des anciens qui considéraient les altérations de l'appareil biliaire comme le point de départ de la mélancolie, mais qui n'est nullement confirmée par l'expérience.

A l'autopsie des mélancoliques, on ne trouve dans l'encéphale aucune lésion qui puisse être regardée comme la cause anatomique de la maladie : la distension des vaisseaux sanguins, l'infiltration des méninges, sont des lésions insignifiantes qui ne rendent pas compte des symptômes observés pendant la vie. Quant aux altérations organiques des viscères, à part celles qui peuvent être considérées comme le point de départ d'une mélancolie sympathique, elles n'ont pas d'autre valeur que celle d'une simple coïncidence, et l'on comprend difficilement l'importance attribuée par Esquirol au déplacement du côlon transverse, que dans plusieurs cadavres de mélancoliques il a trouvé oblique ou même perpendiculaire, son extrémité gauche se portant vers le pubis, et se cachant quelquefois derrière la symphyse.

Quant à la forme stupide de la mélancolie, on a essayé de rattacher son ensemble symptomatique, qui éveille assez volontiers l'idée d'une compression cérébrale, à un état particulier des circonvolutions qui seraient devenues œdémateuses et se trouveraient comprimées dans l'enveloppe inextensible de la dure-mère.

Et en effet, M. Étoc-Demazy qui a publié, sur ce sujet, un

travail bien connu (1), a trouvé chez plusieurs malades, ayant succombé en état de stupeur, le cerveau œdémateux et comprimé par le crâne ; au moment, dit-il, où on incise la dure-mère, les circonvolutions larges, aplaties, font hernie à travers les lèvres de l'incision, elles semblent plus volumineuses qu'à l'état normal, et sont séparées non plus par des sillons, mais par de simples lignes sinueuses. La substance des hémisphères, dit le même auteur, est humide, spongieuse, infiltrée de sérosité limpide qu'une pression légère fait suinter en gouttes miliaires à la surface de l'incision ; la couche corticale est d'un gris pâle, la substance médullaire d'un blanc mat ; le cerveau, plus pesant, plus volumineux que dans l'état normal, placé sur sa voûte, ne se laisse pas aller, il reste fixe comme si sa densité était augmentée, et cependant si on l'incise, il présente au tranchant du scalpel beaucoup moins de résistance que dans l'état ordinaire ; il semble alors que sa substance soit ramollie..... Au fond de chaque incision, au sommet de l'angle formé par l'écartement de ses deux surfaces, on aperçoit des filaments blanchâtres passer transversalement de l'une à l'autre : ce sont des vaisseaux capillaires isolés par la sérosité de la pulpe nerveuse.

Les caractères assignés par M. Étoc-Demazy à l'œdème du cerveau manquent de précision et se basent plutôt sur des appréciations personnelles que sur des données scientifiques inattaquables, aussi est-il digne de remarque que depuis cet observateur distingué, ces résultats, pourtant dignes d'intérêt, n'ont été ni discutés ni confirmés. Dans un travail communiqué en 1859 à la Société anatomique, j'ai prouvé par des expériences très précises faites à l'aide de la dessiccation et de la balance, que chez l'homme et chez plusieurs espèces animales la substance grise contenait plus

(1) *De la stupidité considérée chez les aliénés.* 1838, p. 41, 42.

d'eau (80 pour 100) que la substance blanche (70 pour 100); et que la substance cérébrale pouvait absorber 50 pour 100 de son poids de liquide. De plus, lorsque les membranes étaient infiltrées de sérosité, j'ai constamment trouvé, surtout dans la substance grise, qui est plus immédiatement en contact avec la sérosité épanchée, une quantité d'eau plus considérable qu'à l'état normal : par exemple 85 ou 89 pour 100. Mais ces données sont incomplètes, il reste à établir que chez les sujets ayant présenté pendant la vie les symptômes de la stupidité, et ayant succombé au milieu de ces symptômes, il existe bien réellement une augmentation de la quantité d'eau du parenchyme cérébral : or ce point non encore résolu laisse toujours planer des doutes sur l'existence de l'œdème cérébral comme cause de la stupeur, en sorte que, tout en regardant cette hypothèse comme ingénieuse et probable, nous ne pouvons encore affirmer sa réalité.

§ 8. — Pronostic.

Le *pronostic* de la mélancolie, dépourvue de toute complication, est presque aussi favorable que celui de la manie, et dépend des conditions d'âge, de sexe, de durée, d'étiologie, dont nous avons déjà apprécié l'importance. La manie s'exaspère au printemps et s'améliore en automne ; la mélancolie, au contraire, s'aggrave en automne et en hiver, tandis que le printemps est plus favorable à la disparition des idées tristes et au réveil des facultés intellectuelles. Ce qui aggrave le pronostic de la mélancolie, ce n'est pas tant la maladie en elle-même, que certains actes délirants qui en sont la conséquence : c'est ainsi que les idées de suicide font toujours courir aux sujets des chances de dangers dont il faut toujours savoir faire la part. Le refus d'aliments ou l'alimentation insuffisante peuvent entraîner directement la mort, et en tout cas amènent des diarrhées

colliquatives ou un état de marasme qui, tout en s'opposant à l'amélioration de l'état intellectuel, donne à la moindre complication viscérale une gravité inaccoutumée. Nous n'avons d'ailleurs aucune statistique assez sûre pour établir avec quelque rigueur la proportion des guérisons.

§ 9. — Diagnostic.

Il peut, au premier abord, paraître singulier de chercher à établir le diagnostic différentiel de la *mélancolie* et de la *fièvre typhoïde*, cependant ces deux affections offrent entre elles plus d'une affinité. Voyez les sujets atteints de fièvre typhoïde à forme adynamique : le facies immobile, sans expression, offre un aspect particulier qui rappelle la stupeur mélancolique : les réponses sont articulées lentement, d'un ton traînant et monotone, le malade semble chercher les idées qui n'arrivent que difficilement, la langue est tirée avec peine et est souvent tremblante, les mouvements sont lents et embarrassés, et l'innervation tout entière se fait avec moins de précision et de netteté; il y a là bien évidemment un élément pathologique commun aux deux maladies.

Dans un travail traitant de la double influence de la fièvre typhoïde sur la production de l'aliénation mentale et sur sa guérison, le docteur Schlager (1) insiste sur l'analogie qui existe entre certaines formes de fièvre typhoïde et la mélancolie; dans des cas apparents de mélancolie aiguë terminés par la mort, ajoute l'auteur, l'autopsie a révélé des altérations typhiques très avancées dans le tube intestinal et les glandes mésentériques. L'auteur cite deux observations de ce genre, la mort eut lieu au treizième et au dix-septième jour. C'est surtout, d'après lui, la forme de typhus appelée en Allemagne *typhus ambulatorius* qui peut être confondue avec la folie.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 6 février 1858.

Il existe en effet certains cas de fièvre typhoïde latente pendant lesquels les malades, sans abandonner complétement leurs occupations, sans avoir conscience de leur état maladif, sans offrir du côté du tube digestif des symptômes bien tranchés, présentent de la fièvre, de l'hébétude, parfois même un peu d'égarement dans les idées, et ne prennent le lit que très tardivement : la mélancolie avec stupeur peut au début offrir avec cet état d'autant plus d'analogie que son délire peut être vague et très peu accentué, qu'une certaine accélération du pouls peut en imposer pour la fièvre, et que le refus d'aliments rend la muqueuse de la bouche et de la langue sèche, poisseuse et chargée d'enduits. Mais au bout de peu de jours, la persistance de l'état fébrile, la chaleur de la peau, la bronchite, la diarrhée, les taches rosées lenticulaires, indiqueront bien vite une dothiénentérie, tandis que la constipation, la netteté de la langue, la fraîcheur de la peau, l'absence de bronchite et de taches rosées, ainsi que la prédominance manifeste des accidents cérébraux révéleront l'existence de la stupeur mélancolique.

Le diagnostic s'accompagne d'obstacles plus sérieux dans les cas de *mélancolie puerpérale* : alors, en effet, on observe fréquemment des frissons, de la fièvre, de la sécheresse de la langue, de la douleur abdominale, symptômes liés à l'état puerpéral qui, venant se surajouter à l'expression étonnée des traits et au délire, peuvent faire croire à une fièvre typhoïde commençante : j'ai vu plusieurs fois des erreurs de ce genre commises par les médecins les plus instruits. Il est inutile de revenir ici sur les éléments qui servent de base au diagnostic, disons seulement que dans les cas douteux il sera bon de suspendre son jugement et d'attendre le développement naturel des symptômes.

Lorsque la mélancolie passe à la *démence*, on le reconnaît sans peine à l'affaiblissement de la mémoire, à la dissociation des idées délirantes qui perdent peu leur cohérence et leur

suite ; une seule variété de mélancolie peut donner naissance à de sérieuses difficultés de diagnostic, je veux parler des cas de stupeur qui résistant à tous les moyens de traitement, finissent par devenir incurables. Alors, en effet, la mémoire s'affaiblit, le délire perd de son intensité, l'intelligence se désorganise, mais en silence et sans que l'apparence extérieure des malades subisse de grandes modifications, car ils restent immobiles, inertes, et il est fort difficile de leur arracher quelque manifestation délirante : le médecin en est réduit à supposer la démence, en se basant sur la durée déjà longue de la maladie, et à attendre, pour poser son diagnostic avec certitude, que l'activité ait en partie reparu : on s'aperçoit bien vite, quelque incomplet que soit le réveil, que les malades ne montrent ni curiosité ni étonnement, qu'ils ne cherchent pas à se rendre compte ni de l'endroit où ils se trouvent, ni de ce qui s'est passé pendant leur sommeil intellectuel. Leurs idées sont peu suivies, peu logiques, et l'affaiblissement de l'intelligence n'est plus douteux.

Nous établirons plus loin le diagnostic différentiel de la mélancolie avec la monomanie et la paralysie générale.

§ 10. — Traitement.

Le traitement de la mélancolie comprend deux sortes de moyens thérapeutiques :

1° Ceux qui répondent aux indications tirées du trouble de chaque fonction de l'économie chez les mélancoliques ;

2° Ceux qui ont pour but de combattre directement la dépression.

1° Les mélancoliques et surtout ceux qui sont en stupeur offrent quelquefois une tendance aux congestions passives qui peut nécessiter l'emploi des émissions sanguines ; c'est ainsi que chez certains individus sujets aux hémorrhoïdes,

chez les femmes, lorsqu'il y a retard ou suppression dans la menstruation, une émission sanguine pratiquée à l'anus, aux extrémités inférieures et à la nuque, diminue la bouffissure de la face, l'injection des conjonctives, la teinte violacée du nez et des lèvres, et améliore notablement l'état de stupeur; il ne faut d'ailleurs user de ce moyen qu'avec une grande réserve et principalement au début de la maladie ; plus tard, en effet, il se produit sous l'influence de l'affaiblissement de toutes les fonctions, un véritable état d'anémie qui se traduit, à son degré le plus élevé, par des bruits de souffle au cœur et dans les gros vaisseaux; à un moindre degré, par de l'anhélation, de la pâleur des muqueuses et la petitesse du pouls. Or, on voit des cas dans lesquels ont été épuisés inutilement tous les révulsifs et tous les stimulants, s'amender rapidement sous l'influence des ferrugineux, d'une médication tonique et reconstituante et d'une bonne nourriture. Il va sans dire que la résistance opposée par certains malades à toute alimentation doit être énergiquement combattue, car la diète exaspère le délire et rend illusoire toute médication tonique.

La constipation, la lenteur des digestions, l'inappétence sont encore des symptômes qui doivent attirer l'attention. L'emploi régulier des purgatifs et surtout des purgatifs aloétiques et résineux est un moyen thérapeutique des plus utiles; non-seulement il augmente l'appétit, facilite les digestions et les évacuations alvines, mais encore il congestionne la muqueuse rectale et exerce sur les vaisseaux du cerveau une action déplétive très manifeste. Les lavements froids ou purgatifs administrés chaque matin ont l'avantage de ménager la susceptibilité de l'estomac, tout en exerçant sur l'intestin une action stimulante, ils préviennent ces accumulations de matières fécales qui se produisent si facilement chez les mélancoliques.

2° Les moyens destinés à combattre la dépression chez les

mélancoliques sont aussi nombreux que variés, et nous pourrions énumérer ici tous les stimulants extérieurs ou intérieurs que possède la matière médicale. A côté de l'opium, dont nous avons déjà précisé les indications (voy. p. 192), des boissons alcooliques ou fortement aromatisées, de l'éther, du café à haute dose, citons quelques agents extérieurs qui sont d'un emploi quotidien.

Les pratiques hydrothérapiques, frictions avec le drap mouillé, lotions, affusions, douches, bains de pluie, employées graduellement et suivies d'une bonne réaction, raniment la sensibilité et la circulation de la peau, augmentent sa chaleur et donnent une nouvelle activité à ses sécrétions. En outre, l'eau froide agit indirectement, mais avec non moins de succès, sur les fonctions digestives, elle augmente l'énergie de la digestion stomachale et même diminue la constipation.

Je n'ai pas à rappeler ici toutes les précautions recommandées, et à juste titre, dans l'application des moyens hydrothérapiques. Il faut toutefois insister sur la nécessité de surveiller très attentivement la réaction chez les mélancoliques, et ne pas oublier que cette réaction, qui sans doute est aidée puissamment par les frictions sèches, l'exercice, l'enveloppement dans des couvertures de laine, trouve avant tout son point de départ dans les forces propres du sujet : or, un individu déprimé, plongé dans la stupeur, mangeant très peu, est souvent incapable de réagir, et si l'on n'y prend garde, peut succomber à quelque congestion viscérale après une douche ou une affusion trop énergique.

A côté de l'hydrothérapie, signalons les révulsifs et surtout le séton et le vésicatoire. Le séton à la nuque est un puissant exutoire, mais il amène avec lui une suppuration qui peut devenir abondante et affaiblir les sujets outre mesure. Le vésicatoire n'a pas les mêmes inconvénients, il fait un appel plus direct à la sensibilité, détermine des pertes moins abon-

dantes, et doit même être envisagé comme un agent de révulsion morale qui occupe et détourne l'attention. Le vésicatoire volant, renouvelé fréquemment, appliqué sur de larges surfaces, est donc un moyen fort utile dans les cas rebelles, mais il ne faut pas croire que son action soit infaillible; j'ai vu parfois la surface dénudée tellement anesthésiée, que l'action locale pouvait être regardée comme nulle, et qu'il fallait recourir à une série d'autres moyens.

L'urtication peut être encore employée à titre d'agent révulsif : en flagellant tout le corps avec une poignée d'orties, j'ai obtenu une éruption qui, dès la seconde ou la troisième séance, était le siége d'un prurit très intense, et qui, dans tous les cas, a réagi favorablement sur le réveil des fonctions nerveuses. L'électricité peut être rationnellement mise en usage pour obtenir le même résultat, car elle excite la peau et réveille la douleur ; comme il s'agit moins d'agir sur les muscles et les parties profondes que sur la périphérie du système nerveux, il faut se servir du balai électrique et des excitateurs secs plutôt que des éponges, mouillées qui permettent au courant de traverser la peau pour s'épuiser dans les muscles. Les séances pourront être prolongées, mais il sera inutile de donner au courant une grande force; mieux vaut une excitation modérée, mais longtemps soutenue, et sous ce rapport, certains appareils, comme les chaînes dites électriques, offrent quelques avantages que j'ai été à même de constater.

Quant aux moyens moraux de traitement, ils consistent avant tout dans l'isolement, une surveillance incessante de jour et de nuit, lorsqu'on soupçonne des idées de suicide, et un calme moral complet : les voyages, les distractions, les spectacles, avec lesquels on tourmente trop souvent les mélancoliques, devront être défendus pendant la période aiguë de l'affection, car ils ne font que redoubler l'agitation et

l'anxiété morale, tant ils sont peu en harmonie avec les idées prédominantes. Plus tard, à mesure que le malade entre en convalescence, ces moyens sont employés avec avantage et peuvent hâter la guérison.

CHAPITRE III.

DE LA FOLIE A DOUBLE FORME, OU FOLIE CIRCULAIRE.

Définition. — Historique. — Description des périodes, leur durée. — Passage d'une période à l'autre. — Pronostic. — Diagnostic. — Terminaison. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

On désigne sous le nom de *folie à double forme*, de *folie circulaire*, une forme spéciale d'aliénation mentale caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation, de manie; l'autre de dépression, de mélancolie; dont la réunion constitue un accès; de même que le frisson, la chaleur, la sueur, sont trois stades dont se compose l'accès de fièvre intermittente. Chaque accès complet peut être séparé par un intervalle lucide (folie à double forme), ou bien les accès se succèdent immédiatement et sans aucune rémission dans les symptômes (folie circulaire).

§ 2. — Historique.

Il y a quinze ans à peine que la folie à double forme a été décrite comme maladie distincte. Sans doute ce n'est pas une affection nouvelle, et, dans plus d'un auteur, on trouve mentionnée comme assez fréquente la transformation de la manie en mélancolie, ou réciproquement. Mais il est évident qu'on avait vu là deux affections distinctes se succédant plus ou moins régulièrement, mais non pas deux périodes d'un même accès.

Th. Willis commence ainsi son article sur la manie (1) : « *Post melancholiam sequitur agendum de mania quæ isti in tantum affinis est, ut hi affectus sæpe vices commutent et alteruter in alterutrum transeat ; nam diathesis melancolica in pejus evecta furorem accersit ; atque furor deferbens non raro in diathesin atrabilariam desinit.* » Il est impossible de désigner plus clairement l'alternance et la succession de l'accès maniaque et de l'accès mélancolique. Il n'est pas rare, dit à son tour Esquirol (2), de voir la manie alterner d'une manière très régulière avec la phthisie, l'hypochondrie et la lypémanie ; et il insiste, dans plus d'un passage, sur la stupeur profonde qui précède pendant plusieurs mois l'explosion de la manie.

Griesinger, en 1845, dans un passage cité par M. Baillarger (3), regarde comme très ordinaires la transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes. « Il n'est pas rare, dit-il, de voir toute la maladie consister dans un cycle des deux formes qui alternent souvent très régulièrement. D'autres observateurs et nous-même avons vu des cas dans lesquels une mélancolie survenue en hiver est remplacée par une manie au printemps, qui, en automne, se transforme de nouveau en mélancolie. Les accès de manie avec agitation alternent souvent avec un état de mélancolie. Quelquefois il y a entre ces deux formes une alternance régulière, pour celles, par exemple, qui débutent à une certaine époque de l'année.... » En 1851, M. Falret (4), insistant sur ce caractère de cycle indiqué par Griesinger, caractère exact, puisque la maladie passant sans cesse de la manie à la mélancolie et de la mélancolie à la manie, roule

(1) Th. Willis, *Opera omnia*, 1681, p. 255.

(2) *Des maladies mentales*, t. II, p. 170.

(3) *Ann. méd.-psychol.*, 1854, p. 374.

(4) Falret, *Leçons cliniques de médecine mentale*, 1854, p. 249, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854, t. XIX, p. 382.

en effet dans une sorte de cercle, a cru devoir en tirer la désignation spéciale de circulaire, qu'il applique à un type spécial différent du type intermittent : « La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, dit M. Falret, a été signalée dans tous les temps comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons folie circulaire, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison de courte durée. »

Enfin M. Baillarger, envisageant la question à un point de vue différent, a le premier fait voir (1) qu'entre la période maniaque et la période mélancolique, il n'existait, à proprement parler, pas d'intervalle lucide ; que l'association de ces deux formes constituait l'accès, et que l'intermittence, lorsqu'elle existait, ne s'observait qu'après l'évolution complète de cette double période, d'où le nom de folie à double forme qu'il a donné à la maladie.

Je n'hésite pas à accepter cette dénomination pour les cas où les accès à double période sont séparés par une intermittence bien accusée ; mais je pense que le terme de folie circulaire s'applique avec plus d'exactitude aux faits encore nombreux où les accès se succèdent sans la moindre intermittence, et où la maladie roule indéfiniment dans le même cercle ; un sujet offre une période mélancolique qui se prolonge pendant un mois et qui est suivie im-

(1) Baillarger, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 31 janvier 1854, t. XIX, p. 340.

médiatement d'une période maniaque d'une durée à peu près égale : ces deux périodes, constituant l'accès, sont séparées par un intervalle lucide de plusieurs semaines du retour de la période mélancolique, voilà la folie à double forme. Mais que le nouvel accès survienne immédiatement après l'autre, voilà la forme qui peut, avec justesse, être désignée sous le nom de folie circulaire.

§ 3. — Description.

Nous devons étudier dans la folie à double forme l'aspect des deux périodes, leur durée, le passage de l'une à l'autre, le pronostic et le traitement.

La dépression d'un côté, l'excitation de l'autre, tels sont les éléments opposés qui constituent l'essence des périodes alternatives de la maladie. L'excitation arrive habituellement jusqu'à l'accès de manie tel que nous l'avons décrit, tandis que la dépression revêt tous les caractères de la stupeur mélancolique, sans que rien dans l'état physique et intellectuel des sujets permette de distinguer ces états des accès simples et isolés de manie et de mélancolie. On a vu cependant dans quelques cas exceptionnels la période maniaque caractérisée par du délire ambitieux et un léger embarras dans la parole, disparaissant au moment de la période de dépression pour reparaître à un accès ultérieur (1), tandis que dans un autre fait dû à M. Renaudin, c'est pendant la période de dépression qu'apparaissaient des symptômes très graves de paralysie générale, embarras de la parole, évacuations involontaires, faiblesse des mouvements, anéantissement de l'intelligence ; ces symptômes s'évanouissaient au printemps de la manière la plus inattendue. Ces observations sont très rares et doivent être accueillies avec une grande réserve ; mais ce qui est infiniment plus commun, c'est de voir l'exci-

(1) Baillarger, *De la démence paralytique et de la manie ambitieuse* (*Ann. méd.-psychol.*, 1858, p. 402).

tation et la dépression, sans aller jusqu'à l'état maniaque ou mélancolique, constituer simplement des différences dans le degré de l'activité intellectuelle, à tel point que la maladie peut rester méconnue et être longtemps regardée comme une simple bizarrerie dans le caractère et la manière d'être. C'est ainsi que, pendant la période d'excitation, les sujets se sentent plus d'intelligence qu'à l'état normal; ils écrivent, composent et parlent avec une facilité inaccoutumée; on les voit, pleins d'entrain et d'expansion, former des projets hardis qu'ils exécutent avec une verve et une activité infatigables, ne douter de rien, et adopter sans critique et d'enthousiasme les idées qu'on leur propose : chez quelques-uns l'excitation, au lieu de revêtir le caractère d'une bienveillance inusitée, se traduit par de l'irritabilité, par de la tendance aux actes méchants et malicieux, par des propos mordants et agressifs envers tous ceux qui les entourent, et quelquefois par une excitation génitale qui se révèle tantôt par des excès vénériens, tantôt simplement par une conversation plus libre, et chez les jeunes filles, par des idées de mariage ou une coquetterie plus accentuée. Les fonctions de la vie organique participent à cette surexcitation : dans quelques cas, rares il est vrai, on a vu de la dipsomanie reparaître à chaque période expansive. Mais habituellement l'appétit est augmenté, les malades prennent de l'embonpoint, leur sommeil est profond et réparateur, leurs mouvements sont précis et énergiques, et ils se sentent doués d'une vitalité exubérante. Celui qui les observe pour la première fois et sans connaître leurs antécédents, ne voit en eux pas autre chose que des sujets actifs et entreprenants, exempts de tout délire.

Mais lorsque arrive la période de dépression, la scène change, et plus on prolonge son observation, plus on reste confondu de la transformation intellectuelle qui s'est opérée en peu de jours, ou même en peu d'heures. L'audace et

l'esprit d'entreprise ont disparu pour faire place au découragement, à la tristesse, à l'inertie; les malades doutent d'eux-mêmes, se sentent incapables de rien exécuter, deviennent avares, indécis, irrésolus, faciles à diriger. Leur imagination s'est éteinte, leurs conceptions intellectuelles manquent d'élan et de vigueur; souvent même en proie aux idées les plus sombres, ils regrettent amèrement les résolutions qu'ils ont prises pendant l'autre période, cherchent à les réparer, et n'ont plus que dégoût et indifférence pour ce qui leur causait tant d'enthousiasme. Un malade que j'ai longtemps connu désignait lui-même ces deux périodes sous le nom de *crise rose* et de *crise noire*, qui les caractérise parfaitement. Au physique, la langueur des fonctions digestives, la constipation, l'insuffisance du sommeil, indiquent que tout l'organisme est à la fois atteint.

Ces individus vivent dans le monde, qui s'étonne de l'inégalité de leur humeur sans rien soupçonner au delà; mais en les suivant de près, on constate bien vite que l'excitation et la dépression, modérées en certains moments, offrent de temps à autre des paroxysmes qui entraînent les malades à de véritables actes délirants, soit à des dépenses exagérées, à des achats déraisonnables, à des entreprises ruineuses et mal combinées; soit, au contraire, à une inertie, à un découragement qui les rendent incapables de diriger leurs affaires, les poussent aux idées tristes et les mènent quelquefois jusqu'au suicide. En somme, ces individus chez lesquels l'équilibre intellectuel n'existe jamais, ne doivent à aucune période de la maladie être considérés comme jouissant de la plénitude de leurs facultés, et ne sont par conséquent nullement responsables de leurs actes.

Le double accès que nous venons de décrire répond à la forme la moins accentuée de la maladie; mais bien souvent il arrive de voir un accès maniaque complet suivre ou précéder un accès de stupeur mélancolique. Il ne faut pas croire

d'ailleurs, comme on serait porté à le supposer, qu'il y ait toujours une corrélation parfaite entre l'intensité de l'agitation et l'intensité de la dépression. A un accès mélancolique, où la stupeur était profonde, j'ai vu correspondre une période d'excitation caractérisée uniquement par de la suractivité intellectuelle, et réciproquement il peut arriver qu'un accès de violente agitation maniaque soit remplacé par un stade mélancolique, offrant uniquement de l'inertie, de la tristesse, de l'inaptitude au travail.

§ 4. — Durée.

Rien n'est plus variable que la durée de ces périodes. Dubuisson, cité par M. Baillarger, a donné l'observation d'une dame qui, pendant trois ou quatre ans, était un jour mélancolique et un jour maniaque. M. Brandeis a rappelé une observation analogue. M. Morel parle d'une femme de Saint-Yon qui, plongée un jour dans un état de dépression mélancolique qui va jusqu'à la stupeur, incapable de répondre, en proie à une terreur indicible, le lendemain crie, vocifère, est dangereuse en ses actes, sans qu'aucun traitement ait pu modifier les phases alternatives de la maladie. Habituellement les périodes sont plus longues, elles peuvent durer trois jours, huit jours, un mois, six mois, une année même, ainsi que j'en possède des exemples : il peut arriver aussi que les périodes augmentent de longueur à mesure que la maladie devient plus ancienne, et se prolongent pendant plusieurs mois après n'avoir eu d'abord qu'une durée de quelques jours.

De même qu'une période maniaque où l'excitation est légère, correspond quelquefois à une période de stupeur profonde, de même aussi une période de manie très courte peut être suivie d'une période mélancolique très prolongée. Les cas où chaque période a une durée fixe et invariable sont de beaucoup les plus rares; et dans les observations

que j'ai recueillies, j'ai constaté presque toujours une assez grande irrégularité pour qu'il fût impossible de préciser d'avance le jour où la transformation s'opérerait.

§ 5. — Mode de transition.

Quelle qu'ait été la période initiale (car la manie et la mélancolie peuvent indifféremment ouvrir la marche), la transition d'une forme à l'autre s'opère tantôt brusquement, tantôt avec lenteur. Quand elle s'opère avec lenteur, on voit peu à peu les symptômes du début s'atténuer, et il arrive un moment où le malade n'étant ni agité ni déprimé, se trouve dans une sorte d'équilibre instable qui simule la guérison et persiste jusqu'au moment où l'accès se complète par l'apparition de nouveaux symptômes. Ce sont ces moments d'équilibre que M. Falret regarde comme des intervalles de raison existant entre chaque période d'un accès. — Dans d'autres cas, et surtout dans les folies circulaires à courte période, la transition est plus brusque; il suffit d'un jour, et plus souvent encore d'une nuit pour l'opérer : le malade se couche excité, il se réveille mélancolique. J'ai vu des digestions difficiles, de l'embarras gastrique, de la diarrhée, signaler quelquefois le passage d'une période à l'autre.

Une fois l'accès complété par l'évolution des deux périodes, on peut constater l'existence d'un véritable intervalle lucide, dont la durée est en général proportionnelle à celle de l'accès (folie à double forme); mais cet intervalle lucide peut manquer, et un nouvel accès débute immédiatement (folie circulaire).

§ 6. — Pronostic.

Lorsque la maladie existe depuis quelque temps, et que les accès ont adopté une marche régulière et bien déterminée, son pronostic devient très grave, et c'est là un point sur lequel M. Falret avait insisté. « Chose remarquable, dit-

il, ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont plus curables que les autres, présentent la gravité la plus grande lorsqu'elles se réunissent pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins marquées dans le cours de cette affection, jamais nous n'avons observé ni de guérison complète, ni même d'amélioration durable. » Le même pronostic ne saurait s'appliquer aux cas où la maladie est récente, car il peut arriver que les sujets guérissent après un seul accès. Dans ces cas heureux, où l'alternance régulière ne s'établit pas, la seconde période de l'accès peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme la réaction naturelle, mais exagérée de la première période; car on voit souvent dans la convalescence de la manie, de la tristesse, de l'abattement, de la courbature, et au contraire, chez les mélancoliques qui vont guérir, il est assez commun de rencontrer un entrain exagéré qui ne disparaît qu'à la longue et lorsque la guérison est parfaite.

§ 7. — Diagnostic.

Au début, le diagnostic de la folie à double forme est impossible. La période initiale ressemble tellement, soit à un accès de manie, soit à un accès de mélancolie, que l'on s'arrête à ce dernier diagnostic, et que l'on n'hésite pas à porter un pronostic favorable bientôt démenti par l'événement : la succession des périodes et des accès peut seule révéler la nature de la maladie et en indiquer la gravité.

§ 8. — Terminaisons.

Comme toutes les autres maladies mentales, la folie à double forme, lorsqu'elle ne guérit pas, peut à la longue se terminer par la démence, qui se dessine derrière l'excitation, derrière la dépression, et surtout pendant l'intervalle lucide,

par ses symptômes accoutumés. Quelquefois, avant d'arriver à la démence, elle se transforme en folie simplement intermittente. J'ai vu une malade chez laquelle des émissions sanguines firent disparaître la période maniaque : la maladie se réduisit à des accès intermittents de mélancolie profonde survenant à intervalles à peu près réguliers, mais resta malgré tout incurable.

§ 9. — Traitement.

Le traitement de la folie à double forme doit répondre à deux indications : combattre les accidents de chaque période, prévenir le retour des accès.

1° Les moyens destinés à modérer l'excitation, à combattre la dépression, ne sont pas autres que ceux que nous avons exposés à propos du traitement de la manie et de la mélancolie : ils seront proportionnés à l'intensité des symptômes et appropriés aux conditions spéciales que présente chaque sujet. On peut essayer, en les employant avec persévérance, de ramener chaque période à un niveau plus normal, de manière à rétablir l'équilibre des fonctions intellectuelles.

2° Contre le retour de l'accès, on a préconisé, à titre de remèdes perturbateurs, les émissions sanguines, les vomitifs, les drastiques, la douche et les affusions froides, en ayant soin de les employer au moment où l'on suppose que la transition d'une période à l'autre va s'effectuer. J'ai bien des fois tenté ces divers moyens dans des cas rebelles sans en retirer le moindre avantage; parfois l'accès se trouvait retardé, ou il était moins intense à son début, mais invariablement il finissait par reparaître avec ses caractères habituels. Quant au sulfate de quinine, qui semble naturellement indiqué, administré à haute dose et pendant plusieurs jours de suite, au moment du passage d'une période à l'autre, il a donné dans quelques cas récents des succès très remarquables; mais quand la maladie est ancienne, quand la périodicité est

bien établie, il échoue comme tous les autres remèdes; la marche la plus pratique à suivre dans ces cas rebelles consiste à rechercher si dans l'économie il n'existe pas quelque fonction, la menstruation par exemple, dont les malaises périodiques ramènent avec eux le retour des accès. On dirigera de ce côté tous ses moyens d'action, on aura alors au point de vue du traitement tous les avantages que comporte une affection mentale d'origine sympathique.

CHAPITRE IV.

DES MONOMANIES.

Définition. — De l'existence des monomanies. — Division : Monomanies intellectuelles; début par l'idée fixe, mode de développement, symptômes, marche, pronostic, diagnostic. Formes diverses : scrupules, idées de persécution, monomanie religieuse, ambitieuse, triste, érotique ; monomanie hypochondriaque, ses limites, ses causes, sa description. — Monomanie sensoriale : description. — Monomanies impulsives : définition, causes ; symptomatologie. Formes diverses : monomanie, homicide et suicide, kleptomanie, pyromanie, dipsomanie, perversions instinctives, monomanie raisonnante. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

Le mot *monomanie* a été créé par Esquirol pour exprimer le caractère essentiel d'une espèce de folie dans laquelle le délire est *partiel*, gai ou triste. Le même auteur, comme nous l'avons vu, divisait la monomanie en lypémanie ou mélancolie, caractérisée par un délire de nature triste, et *aménomanie*, caractérisée par un délire gai et expansif.

En créant le mot *monomanie*, Esquirol n'a pas introduit une idée nouvelle dans la science : Arétée, qui définissait la mélancolie : « *animi angor in una cogitatione defixus, absque febre* », et Boerhaave : « *morbus in quo æger delirat diù et pertinaciter, eidem fere et uni cogitationi semper affixus* »,

insistaient déjà de la manière la plus nette sur le caractère partiel du délire chez certains aliénés. Au mot *mélancolie*, rappelant cette idée théorique des anciens que la bile noire introduite dans le sang obscurcissait les esprits animaux et faisait délirer, Esquirol n'a fait que substituer une dénomination plus simple, plus exacte et destinée à mettre en relief le caractère essentiel de la maladie. Mais si le mot *monomanie* doit rester dans la science, comme spécialement applicable aux délires de nature partielle, la signification du terme *mélancolie* a bien changé pour nous, puisque nous l'avons attribué à un délire général de nature triste, accompagné de dépression. Quant à l'*aménomanie*, elle n'existe plus : les faits qu'Esquirol désignait sous ce nom se sont rattachés, grâce aux progrès de la science et à une analyse symptomatique que nous regardons comme plus exacte et plus rigoureuse, soit à l'excitation maniaque, soit au délire de la paralysie générale ; il suffit, pour acquérir cette conviction, de jeter un coup d'œil sur les observations d'aménomanie renfermées dans le livre de ce médecin éminent.

§ 2. — De l'existence des monomanies.

Des discussions vives se sont élevées, dès le début, autour du mot *monomanie*, dont la composition implique l'idée non-seulement d'un délire partiel, mais encore d'un délire portant sur une idée unique. On a dit que toutes les facultés intellectuelles et tous les sentiments étaient solidaires ; qu'une idée délirante ne pouvait se développer isolément, qu'elle irradiait fatalement sur toutes les pensées, sur tous les actes, qu'elle exerçait tout autour d'elle sa puissance contagieuse, en sorte que, sous un délire prépondérant, on voyait s'établir des délires secondaires qui en dérivaient et ne tardaient pas à envahir l'intelligence. On a dit encore que les monomaniaques présentaient tous, à côté de quelques idées prédominantes, un état général très accentué : de l'exaltation de

la sensibilité, de la confusion dans les opérations intellectuelles, une lenteur ou une rapidité anormale dans les conceptions ; enfin on a nié complétement l'existence de la monomanie, et à ce mot trop significatif on a substitué ceux de *manie systématisée*, de *délire partiel* (Ferrus), de *polymanie*, d'*oligomanie*, d'*aliénation partielle expansive* (Falret).

A ces objections très sérieuses, les partisans exagérés de la monomanie ont répondu : que certaines idées délirantes pouvaient exister sans entraver pour cela l'exercice régulier des facultés intellectuelles ; qu'en dehors du sujet de leur délire, les monomaniaques étaient des êtres passionnés pouvant raisonner, discerner le bien du mal, agir librement, possédant par conséquent l'entière responsabilité de leurs actes, lorsque ces actes étaient étrangers à leurs préoccupations délirantes habituelles.

Comprise de cette dernière façon et dans le sens rigoureux du mot, la monomanie n'existe pas ; une telle opinion, dont nous verrons les conséquences au point de vue médico-légal, n'a pu être soutenue que par des jurisconsultes ou des savants peu familiarisés avec l'étude pratique de la pathologie mentale. Le monomaniaque, en effet, rapporte toutes ses pensées, toutes ses actions aux fausses conceptions qui le dominent, et les actes même les plus étrangers en apparence à son délire s'y rattachent presque constamment par une série de raisonnements dont le lien, souvent caché et difficile à découvrir, peut être néanmoins retrouvé par un médecin patient et expérimenté.

Les auteurs qui croient à l'existence des monomanies n'ont jamais songé à nier cette solidarité des facultés intellectuelles chez le monomaniaque ; aucun d'eux n'admet plus la doctrine de Gall qui expliquait sans peine la possibilité de l'existence isolée des monomanies, en disant qu'un des organes cérébraux avait acquis une prédominance absolue sur tous les autres. Ils reconnaissent que le délire est rarement limité à un seul

point, qu'il envahit bien vite plusieurs idées ou toute une série d'idées, et néanmoins ils croient devoir conserver les monomanies à titre de groupe distinct. Quelle différence, dit M. Baillarger, entre l'aliéné qui, parmi les innombrables idées que l'intelligence peut enfanter, n'en offre qu'un petit nombre de lésées, conserve une activité normale, peut vaquer aux choses ordinaires de la vie, et le maniaque ou le mélancolique, dont l'intelligence entièrement bouleversée amène une activité désordonnée ou une inertie que rien ne peut vaincre ! Si l'on observe si rarement des délires très limités, ajoute le même auteur, si M. Foville a pu dire (1) qu'il n'avait observé dans sa vie que deux cas de monomanie proprement dite, c'est qu'au début, alors que le malade lutte contre son idée ou son penchant, le médecin n'est presque jamais consulté : il ne l'est qu'au bout d'un plus ou moins grand nombre d'années, à l'occasion de quelque perturbation plus générale de l'intelligence, et quand le délire a changé de forme et d'étendue.

En résumé, nous admettons l'existence des monomanies, et sous ce nom nous comprenons, non-seulement les délires limités à une seule idée délirante, délires très rares et qui ne se rencontrent qu'au début même de la maladie, mais encore tous les délires plus étendus, mais partiels, qui laissent intacte l'activité du sujet et ne s'accompagnent ni d'excitation ni de dépression.

§ 2. — Divisions.

Esquirol (2) distinguait trois espèces de monomanies : 1° la monomanie intellectuelle constituée par des conceptions fausses, erronées, bizarres, des associations vicieuses d'idées, des illusions et des hallucinations : chez ces malades, dit-il, le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. FOLIE.
(2) *Des maladies mentales*, t. II, p. 2 et suiv.

ou sur une série d'objets circonscrits ; les malades partent d'un principe faux dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques, et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté ; hors de ce délire partiel, ils sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde. 2° Dans la *monomanie raisonnante ou affective*, les monomaniaques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite ; c'est ce que les auteurs ont appelé manie raisonnante ; c'est, dit Esquirol, ce que je voudrais appeler monomanie affective. 3° Dans la *monomanie instinctive* ou *monomanie sans délire*, la volonté est lésée ; le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne détermine pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles.

On admet généralement que quelques modifications doivent être apportées à cette classification d'Esquirol. C'est ainsi que la manie raisonnante ou monomanie affective est plus volontiers décrite sous le nom d'excitation maniaque et rattachée à l'histoire de la manie. Quant à la monomanie intellectuelle, on la divise en monomanie intellectuelle proprement dite et monomanie sensoriale, selon qu'elle est constituée par des conceptions délirantes ou par des hallucinations. Ainsi : 1° monomanies intellectuelles ; 2° monomanies sensoriales ; 3° monomanies instinctives, telles sont les trois variétés que nous admettons et que nous allons décrire.

En séparant aussi nettement les monomanies intellectuelles des monomanies sensoriales, il ne faut pas se dissimuler qu'on accepte une distinction un peu artificielle. La plupart des délires partiels finissent en effet par se compliquer

d'hallucinations, et l'hallucination, même primitive, entraîne presque nécessairement avec elle toute une série d'idées délirantes; toutefois ces deux formes peuvent exister à l'état simple, et d'ailleurs les hallucinations se traduisant par des symptômes spéciaux, il est plus pratique, une fois ces réserves faites, de consacrer à chacune d'elles une description isolée, tout en les étudiant ensemble au point de vue du diagnostic et du traitement.

1. Monomanies intellectuelles.

Les monomanies intellectuelles sont pour ainsi dire innombrables, puisqu'on en compte autant qu'il peut germer d'idées fausses ou de fausses séries d'idées dans l'esprit humain.

« On pourrait admettre à priori, dit M. Parchappe (1), autant d'idées fixes, et par conséquent autant de délires partiels et dominants, qu'il y a de directions principales dans l'activité humaine. L'observation justifie à posteriori cette vue. Et en effet, les délires partiels et dominants dans les asiles d'aliénés représentent, sauf la raison, les préoccupations partielles et dominantes dans la société. Et les auteurs ont consacré l'existence de monomanies dans lesquelles dominent, avec des manifestations délirantes, les passions qui agitent et dirigent les hommes dans l'état de raison : monomanies érotique, amoureuse, ambitieuse, religieuse, suicide. » Au milieu de cette grande variété d'individualités morbides, il est toutefois certaines analogies, certaines lois qui réunissent les faits isolés et que nous allons exposer brièvement.

1° *Début.* — Les monomanies intellectuelles peuvent débuter de plusieurs façons : *a.* elles peuvent être consécutives à un trouble général de l'intelligence; *b.* elles peuvent être

(1) Parchappe, *Ann. méd.-psychol.*, 1851, t. XV, p. 63, *Symptomatologie de la folie.*

primitives et débuter soit rapidement, soit lentement et par l'intermédiaire d'idées fixes.

a. M. Moreau a signalé certaines idées délirantes qui persistent après la guérison d'un accès de manie ; l'agitation disparaît, le sommeil est calme, les allures redeviennent régulières, mais il reste des fausses conceptions isolées, plus tenaces que la maladie première, et qui donnent au délire une tournure nouvelle et plus limitée : nous savons aussi que, consécutivement à l'état d'hébétude et de stupeur intellectuelle de la fièvre typhoïde, il pouvait survenir des idées délirantes isolées plus ou moins tenaces ; c'est alors, comme l'a dit M. Moreau, l'idée principale d'un rêve qui survit au rêve lui-même. Ce début des monomanies est loin d'être le plus fréquent.

b. Quand les monomanies surviennent lentement, elles débutent en général par l'*idée fixe*. Chez un individu prédisposé, faible de caractère, doué d'une sensibilité vive, un mot, une émotion, une crainte, un désir laissent un jour une impression profonde. La pensée née de cette façon se présente à l'esprit d'une manière importune, elle ne le quitte plus, elle l'obsède, elle domine toutes ses conceptions : pendant quelque temps l'individu peut avoir conscience de tout ce que cette idée fixe a d'absurde, de déraisonnable ou de criminel : il cherche à la surmonter, il lutte contre elle et reste pendant des mois et même des années entières dans un état d'angoisse morale qui ne lui enlève pas encore la libre direction de ses actes et de sa volonté ; ou du moins, si la conduite et la pensée sont déjà influencées, il n'y a pas encore de délire ; dans ces cas, cependant, dit M. Parchappe, la limite qui sépare la raison de la folie est difficile à déterminer pour l'observateur et facile à franchir pour le malade.

Voici trois exemples bien nets d'idées fixes que j'emprunte au même auteur :

Un magistrat dont l'intelligence était médiocre, quoique saine, s'était persuadé que l'usage des ustensiles de cuivre dans les cuisines, et des robinets de cuivre dans les appareils de conduite pour les liquides, était tellement préjudiciable à la santé qu'il fallait lui rapporter la plupart des maladies dans les maisons particulières et surtout dans les établissements publics.

Van Swieten cite un cas curieux d'idée fixe chez un homme à tout autre égard fort sensé. Ayant entendu dire que plusieurs personnes mordues par un chien enragé étaient devenues hydrophobes, malgré l'emploi de la saignée et des meilleurs remèdes, cet homme se frappa l'esprit de cette opinion, que si les chirurgiens s'étaient servis des mêmes lancettes pour pratiquer d'autres saignées, le virus avait dû, sans qu'on s'en doutât, être inoculé à un grand nombre d'hommes qui dès lors pourraient le communiquer à d'autres. Pour se préserver d'un si grand malheur, il résolut de ne se laisser toucher dorénavant par personne, et, malgré sa tendresse pour sa femme et ses enfants, il ne put se décider à faire exception en leur faveur.

Une jeune dame, sous l'influence habituelle d'un sentiment exalté de jalousie, offrait une disposition extraordinaire à concevoir des idées fixes se rapportant à sa passion, toutes les fois que quelque circonstance venait à exagérer la tension nerveuse qui lui était ordinaire. Une fois, après s'être livrée avec ardeur à un travail artistique, elle éprouva un retard de menstruation et en même temps sa passion jalouse s'étant exaltée au plus haut point, elle se trouva pendant quelques jours incessamment tourmentée de l'idée fixe qu'elle devait tuer, qu'elle allait tuer l'objet de sa jalousie ; mais elle jugeait sainement cette disposition de son âme, qu'elle rapportait à une disposition maladive et sa raison demeura intacte.

2° *Mode de développement.* — L'idée fixe peut donc ne

pas franchir les limites de la folie, mais dans la majorité des cas elle n'en est que le premier degré. Acceptant ce point de départ comme nécessaire et irrévocable, l'esprit en déduit logiquement toutes les conséquences jusqu'aux dernières limites et même au delà, jusqu'au délire; les actes eux-mêmes ne tardent pas à se conformer à ces préoccupations maladives, ils deviennent absurdes et extravagants. Bornée d'abord à une idée ou à une série d'idées, la folie gagne de proche en proche, occupe chaque jour un point nouveau, et par une série de déductions légitimes finit par rayonner sur toutes les pensées, sur toutes les actions. Je ne puis mieux faire pour donner une idée de cette progression de la monomanie, que de rapporter ici succinctement deux observations dont la première m'est personnelle, et qui font parfaitement comprendre le mécanisme de cette marche envahissante.

Observation. — Une jeune fille de la campagne, n'offrant pas d'antécédents héréditaires fâcheux, présente depuis l'âge de seize ans une grande tendance à se préoccuper des choses les plus futiles, et beaucoup d'hésitation et d'incertitude dans le caractère. Plusieurs mariages qu'elle manqua par suite de ses irrésolutions la rendirent inquiète, portée à la mélancolie, et ces dispositions morales furent loin de s'améliorer à la suite d'une affection aiguë des bronches compliquée de pleurésie qui altéra beaucoup ses forces. C'est en ce moment qu'elle vint à entendre parler d'un chien enragé qui, disait-on, courait dans le pays et venait de mordre un des chiens de sa ferme. Le chien mordu ne devint pas malade, elle resta néanmoins frappée de l'idée qu'elle pourrait gagner la rage, et dès lors cette pensée ne la quitta plus. D'abord elle évita avec soin l'animal suspect, puis elle en vint à prendre en horreur tous les objets qu'elle supposait avoir pu être en contact avec lui. Les cordes qui servaient à étendre le linge ayant été jetées près de l'écuelle du

chien, elle n'osait plus toucher ni les cordes ni même le linge : chaque fois qu'il fallait changer de vêtements, elle éprouvait une répugnance qu'on ne pouvait vaincre qu'au prix des plus vives instances, et quand, par malheur, elle avait posé la main sur un objet suspect, elle passait des heures entières à se frotter et à se laver dans un bain de savon. Son père et sa mère négligeant de prendre les mêmes précautions qu'elle, elle n'osait ni les toucher ni s'approcher d'eux, et bientôt sa répulsion s'étendit à tous les objets de son entourage qui pouvaient directement ou indirectement avoir touché un objet contaminé. Au bout d'une année les idées délirantes gagnèrent encore du terrain : un médecin ayant été appelé près d'elle, elle le soupçonna de vouloir l'empoisonner et devint défiante vis-à-vis de lui; elle en arriva à regarder comme dangereux non-seulement le contact des objets suspects, mais encore leurs exhalaisons : c'est ainsi que pendant plusieurs jours elle fut très inquiète, parce qu'on avait cassé auprès d'elle un objet de verre qui se brisa en un grand nombre de morceaux : elle craignit d'en avoir introduit des fragments par les voies aériennes, en respirant. Son père ayant été un jour pour consulter une somnambule, rapporta dans sa poche, sans l'avoir enveloppé, un serre-tête que la devineresse avait dû toucher pour donner son opinion : la malade conçut à la suite de cette circonstance et pendant plus de deux ans les plus vives appréhensions, redoutant qu'on eût conservé sur elle quelque pouvoir magnétique par l'intermédiaire de ce bonnet qu'on avait omis de brûler.

X..... en proie à des souffrances morales très vives, restait chez elle des journées entières, n'osant ni sortir, ni s'asseoir, ni lire, ni écrire, ni manger ; debout, immobile, inoccupée, ne voulant toucher à rien, elle parvenait à peine à finir sa toilette pour la fin du jour. Lorsqu'on la contraignait à mettre la main sur les objets de sa répulsion, il survenait

des paroxysmes avec cris, angoisses précordiales et malaise physique qui se prolongeait pendant plusieurs jours.

Lorsque je vis cette jeune fille, cet état avait déjà plus de deux ans de durée, et la vie était devenue insupportable autant pour elle que pour les siens. Un traitement tonique et ferrugineux, car la malade était anémique, des affusions froides, l'isolement, une direction morale à la fois bienveillante et énergique continuée pendant plusieurs mois, amenèrent à la longue une certaine amélioration dans son état : ses répugnances étaient moins vives, elle s'habillait plus vite, consentait à toucher à certains objets, sortait régulièrement, mais cette amélioration resta toujours bien loin de la guérison. J'ai su que plusieurs années après, l'état mental était le même, à quelques nuances près.

J'emprunte à M. Lasègue (1) le résumé d'une observation qui peut être donnée comme le type d'une forme de monomanie, désignée par cet auteur sous le nom de *délire de persécution;* monomanie très commune, et qui, malgré certaines nuances dépendant de la position du malade, de son entourage, des diverses circonstances de sa vie, se présente avec un ensemble symptomatique d'une uniformité remarquable.

Observation. — M..., cinquante ans, employé dans une administration publique, caractère habituellement capricieux et irritable. Les premiers symptômes du délire se manifestent dans ses rapports avec le public; il croit que les gens qui s'adressent à lui pour affaires veulent le sonder; il les accuse d'être salariés pour surveiller sa conduite : on est obligé de le faire passer dans un bureau où il travaille seul; en même temps on augmente ses appointements en raison

(1) Lasègue. *Archives de médecine*, 1852. *Du délire de persécution*, observation IX.

de ses longs services administratifs. Il voit dans cette faveur une raison d'inquiétude. Ses nouveaux collègues l'accueillent mal à ce qu'il suppose ; il entend à travers une cloison des propos injurieux ; ces conversations se répètent, il les écoute aux portes, on l'accuse d'être un malhonnête homme. Les garçons de bureau parlent sans cesse de lui ; on le montre au doigt dans l'administration ; on le dénonce à ses chefs comme un voleur. Quelques-uns des papiers qu'il a transportés par erreur, en changeant de cabinet, doivent être le prétexte de ces calomnies ; on fait sans cesse allusion à ces papiers ; on lui reproche un vol. Tout le monde le fuit. M...., malgré toutes les instances, refuse de continuer son emploi ; il vient jusqu'à la porte de l'administration, conduit par sa femme, et n'ose pas franchir le seuil dans la crainte d'être injurié et arrêté comme voleur. Bientôt les persécutions le suivent jusque dans les rues ; ses ennemis ont organisé un complot ; la police est sur ses traces ; il refuse de sortir. Pas d'hallucinations ; insomnie par intervalles, accidents nerveux, faiblesse des extrémités inférieures avec léger tremblement. Indifférence absolue pour sa famille qu'il oblige à de grandes privations en cessant de remplir ses fonctions.

Tel est le mode de développement des monomanies. Une fois que le délire partiel est organisé et systématisé, il présente une ténacité désespérante : le malade interprète toutes les paroles, toutes les actions, même les plus insignifiantes, dans le sens de ses fausses conceptions. Veut-on discuter avec lui, lui démontrer qu'il est dans l'erreur, en vain on épuise tous ses arguments, en vain on lui fait toucher du doigt la vérité. L'aliéné combat, résiste et se retranche derrière ses convictions avec une inébranlable opiniâtreté. Parvient-on à lui faire avouer que ses ennemis sont imaginaires, que tel individu qu'il soupçonne est au

contraire son ami le plus sûr, que telle invention qui absorbe son intelligence est irréalisable, on croit à sa guérison, on reçoit les promesses les plus formelles; mais une heure après, les hésitations, les inquiétudes, les mêmes convictions reparaissent. On connaît l'histoire de cet inventeur du mouvement perpétuel que M. Trélat conduisit chez Arago. Aux déclarations nettes, positives et précises du grand savant, notre inventeur resta comme atterré et fondit en larmes en voyant s'évanouir sa chimère. On le crut guéri, le lendemain il répétait qu'Arago était dans l'erreur.

Loin de guérir les monomaniaques, la discussion les excite, leur fait chercher de nouveaux arguments pour consolider leur thèse, et incruste plus profondément que jamais leurs idées délirantes. Ce n'est guère que chez les convalescents qui doutent et hésitent que cette manière de procéder peut être de quelque utilité.

3° *Symptômes et marche.* — La symptomatologie des monomanies varie singulièrement selon le degré de réaction que déterminent les idées délirantes. Certains individus, tout en ayant des idées d'empoisonnement, des scrupules portés jusqu'au délire, ou même la crainte d'ennemis imaginaires, peuvent dissimuler devant les étrangers leurs fausses conceptions et vivre dans le monde qui remarque en eux des bizarreries, des singularités, sans se douter des idées étranges qui servent de mobile à leurs apparentes originalités. Interrogés et serrés de près, ces malades avouent et discutent leurs idées fausses, et alors donnent pleine carrière à leur délire; mais placés sur un terrain différent, ils raisonnent souvent avec justesse, conservent sur une foule de points des appréciations exactes, et semblent jouir d'une santé intellectuelle parfaite.

Chez d'autres, la réaction est plus active, les moments de calme alternent avec des paroxysmes survenant sous l'influence d'une émotion morale, des grandes chaleurs ou des

grands froids, de la menstruation, et quelquefois même sans cause appréciable. Pendant ces paroxysmes le délire s'étend, se généralise et perd son caractère de délire partiel : cette phase de la maladie, jointe à son caractère essentiellement progressif, a singulièrement frappé les auteurs qui nient l'existence de la monomanie; ils ont été frappés de la diffusion que subit alors un délire limité à son origine, oubliant que cet état est passager, que, pendant les périodes de rémission, les délires accessoires disparaissent pour laisser isolées et prédominantes les conceptions qui tout d'abord donnaient à la maladie son cachet spécial; c'est, en un mot, une rivière qui déborde de temps à autre, mais finit par rentrer dans son lit.

Les moments de paroxysmes dans les monomanies ne sont pas habituellement dangereux et exigent seulement quelques moyens sédatifs et un redoublement de surveillance. Ils peuvent toutefois prendre un aspect plus grave et offrir tous les symptômes du délire aigu; si le délire aigu guérit, il peut arriver que de nouvelles idées délirantes ou des hallucinations, développées pendant le paroxysme, persistent même après la disparition de la période d'exaltation; la monomanie reparaît alors, augmentée de nouveaux symptômes qui modifient, et, le plus souvent, aggravent son pronostic et sa physionomie.

On a pensé que ces délires généraux qui surviennent dans le cours des monomanies pouvaient exercer sur sa marche une heureuse influence; on a espéré qu'après avoir imprimé aux fonctions intellectuelles une secousse violente ils pourraient peut-être, en disparaissant, entraîner avec eux ces idées délirantes isolées implantées dans l'esprit. On a même cherché dans ce but à provoquer, à l'aide de substances toxiques, des délires généraux artificiels, passagers comme la cause qui leur aurait donné naissance. Le succès n'a pas réalisé ces espérances, et après chaque paroxysme provoqué,

le délire primitif a reparu, de même que la raison revient chez l'homme sain d'esprit, après le délire produit par des liqueurs enivrantes.

A part les moments de paroxysmes, les monomaniaques peuvent ne présenter aucun trouble somatique; sans doute ils ont quelquefois de l'insomnie, des accidents nerveux de toute sorte, de la chloro-anémie, de la pléthore ; sans doute aussi les recrudescences dans le délire peuvent être dues à des troubles de la digestion, de la menstruation, de la circulation cérébrale, mais il n'existe pas ici, comme dans la manie ou la mélancolie, un état général, soit d'excitation, soit de dépression, qui domine nécessairement l'état mental. Une fois la période aiguë passée, le monomaniaque vit comme les autres hommes, sa santé physique peut être parfaite, et son délire ne réagit plus que de temps à autre sur l'organisation.

4° *Pronostic.* — D'une manière générale, la monomanie est beaucoup plus grave que la manie ou la mélancolie, et c'est là un fait qui étonne, car un délire limité semble comporter un pronostic moins grave qu'un délire qui envahit à la fois toute l'intelligence ; cependant lorsque la monomanie est récente, lorsqu'elle est peu étendue et n'a pas encore eu le temps de se systématiser, lorsqu'elle a débuté brusquement et n'est pas le résultat de préoccupations datant déjà d'une époque éloignée, elle est susceptible de guérison ; cette guérison survient progressivement et peut être complète, mais pas plus que dans les autres formes de la folie elle n'est exempte de rechutes.

Quand la monomanie ne guérit pas, elle se prolonge indéfiniment, pour ainsi dire, au milieu d'alternatives de calme et d'agitation, et de péripéties sans nombre ; les idées conservent à quelques nuances près, le même caractère qu'au début de la maladie ; à la longue cependant, elles perdent un peu de leur activité. Elles deviennent moins nombreuses, moins

fécondes et s'enchaînent avec moins de vigueur : le malade n'invente plus rien, il emploie les mêmes expressions et tourne toujours dans le même cercle ; son délire est stéréotypé, selon l'expression de M. Falret.

Ceci dénote déjà un léger degré d'affaiblissement intellectuel. Quant à la démence proprement dite, elle arrive fort tard et jamais elle n'est complète : on voit des monomaniaques incurables qui, au bout de vingt années, conservent encore une certaine vigueur d'esprit, comme si chez eux l'exercice régulier d'un certain nombre de facultés retardait les progrès de l'affaissement de l'ensemble de l'intelligence.

5° *Diagnostic.* — Comment distinguer les monomanies des deux formes de maladies mentales étudiées jusqu'ici, de la manie et de la mélancolie? Dans la manie, il existe un état général d'excitation qui se traduit non-seulement par un délire général, incohérent, mais encore par une suractivité de toutes les fonctions organiques : la mélancolie se caractérise à son tour par un état général tout opposé, par de la dépression pouvant aller jusqu'à la stupeur et envahissant l'économie entière. Tout dans l'attitude du malade, dans ses gestes, dans ses paroles, révèle ces deux états opposés, excitation, dépression, dont on n'a pas encore saisi la cause organique, mais qui semblent correspondre à un trouble matériel du système nerveux. Dans les monomanies, rien de semblable ; le malade n'est excité ni déprimé, il vit en apparence comme tout le monde, conserve un degré normal d'activité, et souvent dans ses allures rien ne trahit, au premier abord, l'existence d'un trouble intellectuel. Un homme peut avoir une idée fixe de nature mélancolique, il peut croire, par exemple, qu'il est ruiné : Si, tout en ayant cette conviction fausse, tout en conformant ses actions à ses préoccupations délirantes, il peut encore aller et venir et porter son attention sur les choses usuelles de la vie, il reste atteint de monomanie triste. Si, au contraire, l'idée fausse s'étend, envahit toute l'intelligence, amène

la dépression, l'inertie, la stupeur, c'est de la mélancolie.

Cet élément de diagnostic est le premier qui se révèle au coup d'œil de l'observateur. En interrogeant ensuite le malade, on constate que son délire, tout en ayant une certaine extension, n'entrave pas les opérations intellectuelles. Il n'est ni incohérent comme celui du maniaque dont les idées sont multiples, rapides, inachevées; ni confus comme celui du mélancolique qui se borne à des idées monotones, vagues, mal raisonnées. Loin de là, le délire des monomanes est logique et parfaitement systématisé : tout s'enchaîne et se coordonne, et l'on voit bien vite qu'il n'y a plus ici de lésion générale qui exalte ou obscurcisse le fonctionnement intellectuel : tout en donnant des résultats vicieux en raison de la fausseté des points de départ, les lois qui régissent la formation de la pensée restent les mêmes qu'à l'état normal.

Une fois cette question résolue, il reste d'autres points à préciser, et d'abord quelle est l'étendue du délire? Pour éclairer ce côté du diagnostic, il faut bien se garder d'un seul examen ou d'un examen superficiel. Tel malade raconte de lui-même ou ses idées fixes ou ses préoccupations délirantes. Tel autre, et cela se rencontre surtout chez les hallucinés, se tient en garde contre le médecin qui l'interroge, dissimule ses impressions maladives et ne donne son secret que poussé à bout et dans un moment d'oubli. Ces malades ont des phrases spéciales qui ne trompent guère le médecin exercé : leurs accusations sont vagues et toujours semblables : on les tourmente, on les persécute, on ne cesse pas un instant de les poursuivre. Un mot de ce genre saisi dans un interrogatoire met bien vite sur la voie et permet de découvrir une trame dont on ne soupçonnait ni l'étendue ni la complexité.

6° *Formes principales des monomanies.* — Toute classification ou même toute énumération complète des monoma-

nies intellectuelles est impossible. Elles sont si nombreuses et si diverses, surtout dans la classe de la société dont l'esprit est cultivé, qu'on peut dire ici plus que jamais qu'il n'existe pas deux sujets atteints d'un délire identique. Toutefois les conceptions délirantes présentent, en général, l'empreinte du milieu dans lequel vit le malade, et varient singulièrement selon les époques, les préjugés sociaux, les idées régnantes. Dans les temps antiques, les lypémaniaques se croyaient poursuivis par la colère des Euménides ou des dieux infernaux, ou atteints par les flèches de Diane : au moyen âge, la croyance aux sorciers, aux esprits diaboliques, aux revenants, donnait aux monomanies un aspect caractéristique. De nos jours, des formes gouvernementales nouvelles, une surveillance plus grande exercée sur tous les citoyens, et, dans un autre ordre d'idées, des découvertes merveilleuses en chimie, en physique, ont substitué aux idées superstitieuses du moyen âge la crainte des persécutions de la police et cette croyance, si commune chez les hallucinés, qu'on les tourmente à l'aide de la physique et de l'électricité. La forme du délire change donc avec les siècles, mais au fond les éléments du délire restent les mêmes.

En relatant plus haut deux observations de monomanie, l'une caractérisée par des idées de persécutions, l'autre par des répugnances maladives, par des scrupules, par des craintes de contamination portées jusqu'au délire, nous avons déjà fait connaître deux formes, la première très fréquente, la seconde assez rare, de monomanie intellectuelle. Mais il en est d'autres encore qui doivent être signalées.

La *monomanie religieuse* si commune au moyen âge, devenue plus rare de nos jours, se rencontre en général chez des sujets d'un esprit faible et borné, élevés dans des habitudes de dévotion peu éclairée, adonnés outre mesure à des études théologiques : un zèle outré dans les exercices

religieux, des scrupules incessants à propos des actions les plus simples de la vie, caractérisent les débuts de cet état mental qui ne tarde pas à se compliquer d'hallucinations de divers sens : les malades entendent la voix de Dieu ou des saints qui leur transmettent des ordres, ils ont des révélations célestes et conforment leur genre de vie aux règles de l'ascétisme le plus désordonné. Rien de plus grave que cette forme de délire. Moins que tous les autres, ces aliénés sont accessibles à la persuasion ou à l'intimidation : mis en présence d'autorités religieuses compétentes, ils discutent avec ardeur et placent bien vite leurs convictions délirantes au-dessus des conseils plus sages qui leur sont donnés; contraints de vivre autrement qu'à leur guise, ils se posent en martyrs et sont presque toujours inébranlables : c'est plus particulièrement dans cette catégorie d'aliénés qu'on observe le refus obstiné d'aliments, les idées de suicide et d'homicide, les mutilations graves, les supplices volontaires. Aussi, a-t-on dit non sans raison, que les théomanes étaient des aliénés toujours dangereux et que chez eux l'incurabilité était presque la règle. En outre, de tous les délires le délire religieux est celui qui se transmet le plus volontiers par la contagion : il suffit de rappeler ici ces épidémies nerveuses du moyen âge, si complexes au point de vue nosologique, qui envahissaient non-seulement tout un couvent, toute une ville, mais encore des contrées entières, et prenaient les aspects les plus variés. Dans la *démonoldtrie*, les hallucinés croyaient assister au sabbat et adorer le démon; dans la *démonopathie* ils sentaient, eux, les souffrances causées par la présence du diable. Les *zoanthropes*, dont on trouve des traces dans l'histoire de Nabuchodonosor, les lycanthropes, les cynanthropes se croyaient transformés en loups, en chiens. La nuit, après avoir laissé croître leurs ongles, leurs cheveux et leur barbe, ils parcouraient en hurlant les campagnes, et au sortir de leurs hallucinations s'accusaient

devant les tribunaux de crimes atroces, de meurtres, d'actes d'anthropophagie, qu'ils n'avaient jamais commis que pendant le délire de leurs rêves.

Dans la *monomanie ambitieuse*, les malades, se disant issus d'une illustre origine, se forgent une histoire qui étonne par la minutie et la précision des détails ; ils racontent leur éducation, leur entourage, groupent autour de leur idée première tous les noms, tous les incidents qu'ils ont pu recueillir, fatiguent de leurs réclamations les magistrats, les autorités, et finalement, séquestrés dans un asile, se considèrent comme spoliés et ne cessent de protester contre leur détention arbitraire et contre les embûches dont ils sont victimes. Les anciens auteurs, en décrivant la monomanie ambitieuse, ne manquaient pas de signaler ces aliénés qui, rois, papes, empereurs, poëtes et musiciens distingués, parlent sans cesse de leurs millions, de leurs diamants, de leurs palais, forment des projets gigantesques, distribuent autour d'eux des distinctions et des honneurs. L'expérience a prouvé que dans la majorité des cas, cette forme de délire se rattachait, non à la monomanie, mais à la paralysie générale. Mais c'est là un point important sur lequel nous aurons à revenir plus tard.

Les monomaniaques *inventeurs*, ceux, par exemple, qui croient avoir trouvé le mouvement perpétuel, se rencontrent de temps à autre épars dans les asiles d'aliénés. Borné d'abord à cette idée prédominante, le délire chez ces malades ne tarde pas à s'étendre. Courant de porte en porte, entraînés dans des démarches incessantes, mais toujours rebutés et découragés, ils se regardent comme victimes et comme persécutés, et bientôt en proie à des illusions et à des hallucinations, ils trouvent dans cette complication un nouvel aliment pour leur délire.

Dans la *monomanie triste*, les malades sont dominés par une idée délirante de nature mélancolique qui s'implante au milieu de l'intelligence, mais en restant limitée et sans

se généraliser. J'ai eu l'occasion d'observer quelques monomaniaques qui, à la suite d'une perte d'argent peu importante, étaient convaincus qu'ils étaient ruinés et conformaient leur genre de vie à cette nouvelle position, tout en conservant sur beaucoup de points des appréciations exactes ; d'autres, vivement frappés d'une contrariété, d'une situation morale pénible ou délicate, craignent d'avoir manqué à l'honneur, et rien ne peut rassurer leur esprit ébranlé. Il en est enfin qui sont en proie à des terreurs imaginaires, à des hésitations, à des incertitudes, à des scrupules qui influent sur toutes leurs déterminations, sans cependant entraver leur activité intellectuelle. La monomanie triste peut facilement conduire aux idées de suicide et à des actes dangereux; en se généralisant elle se transforme en mélancolie.

La *monomanie érotique*, ou *érotomanie*, qu'il faut bien se garder de confondre avec le satyriasis, est caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire. L'intelligence seule se trouve alors atteinte, il n'y a aucune intervention des désirs vénériens. « L'érotomanie, dit Esquirol, est à la nymphomanie et au satyriasis ce que les affections vives du cœur, mais chastes et honnêtes, sont au libertinage effréné ; tandis que les propos les plus sales, les actions les plus honteuses, les plus humiliantes, décèlent la nymphomanie et le satyriasis, l'érotomaniaque ne songe pas même aux faveurs qu'il pourrait attendre de l'objet de sa folle tendresse, quelquefois même son amour a pour objet des êtres inanimés. Alkidias, de Rhodes, est pris de délire érotique pour la statue de Cupidon de Praxitèles; Variola raconte la même chose d'un habitant d'Arles qui vivait de son temps. »

L'érotomanie reconnaît pour causes prédisposantes toutes celles qui président en général au développement de la folie : on a noté qu'elle se rencontrait principalement chez les âmes tendres, contemplatives, exaltées par la lecture des romans,

par les récits d'aventures amoureuses et chevaleresques. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, surtout chez les filles et les veuves qui vivent chastement : on l'observe à tous les âges, depuis la puberté jusqu'à la vieillesse; Esquirol a rapporté une curieuse observation d'érotomanie survenue chez une femme de quatre-vingts ans. Dans plusieurs circonstances, chez des femmes ayant dépassé l'âge critique, on a observé que cette monomanie coïncidait avec le retour inattendu de la menstruation ou un état fluxionnaire des seins qui sécrétaient une petite quantité de colostrum. (Guislain.)

L'érotomane est uniquement absorbé par la pensée et la contemplation de l'objet de son culte; il cherche à se parer, à s'embellir, à se couvrir de bijoux, sa voix a une intonation émue, ses gestes respirent une langueur amoureuse; des hallucinations et des illusions se joignant bientôt à son délire, il entend la voix de l'objet aimé, il cause avec lui, il entend ses paroles d'encouragement, il remarque et interprète dans un sens favorable ses traits et ses gestes, il célèbre sa passion en vers, en prose, abandonne ses affaires et ne recule devant aucune extravagance pour suivre ou entrevoir la personne aimée. Dans d'autres circonstances, l'érotomanie se traduit beaucoup moins par les actes extérieurs et revêt cette forme, moitié amoureuse, moitié contemplative, qui entre pour une certaine part dans les élans mystiques de la vie religieuse.

L'érotomanie, dont l'immortel auteur de don Quichotte a donné une description si parfaite, s'accompagne d'insomnies, de paroxysmes d'agitation, et offre tous les caractères symptomatiques des monomanies; c'est d'ailleurs une forme qu'il est rarement donné d'observer à l'état de simplicité.

La *monomanie hypochondriaque*, *hypochondrie délirante*, ou *nosomanie*, peut être définie : une forme de monomanie dans laquelle le sujet présente de fausses concep-

tions et des préoccupations délirantes au sujet de sa santé.

Cette définition s'éloigne tellement de l'acception attribuée ordinairement au mot hypochondrie, que quelques mots d'explication sont nécessaires pour la justifier.

Sous le nom d'hypochondrie, Sauvages, Cullen et plus récemment Frank, Georget, Brachet, MM. Falret, Dubois (d'Amiens) et Michéa ont confondu deux maladies parfaitement distinctes; l'une, l'état hypochondriaque, l'hypochondrie de Willis, d'Hoffmann, d'Hygmore, n'est pas autre chose qu'une sorte d'état nerveux s'accompagnant, au milieu de symptômes très complexes, d'une tendance de l'esprit à exagérer le mal ressenti; l'autre est une véritable forme d'aliénation mentale, avec illusions, hallucinations et conceptions délirantes. Toutes deux ont un caractère commun : la tendance à se préoccuper de la santé; mais dans un cas cette tendance est un phénomène accessoire qui ne s'élève jamais jusqu'au délire; dans l'autre, elle devient le point de départ d'un état complet de folie et donne au délire une tournure spéciale qui le rattache complétement à la classe des monomanies.

Ces deux états morbides s'associent souvent l'un à l'autre, ce qui rend leur confusion plus facile encore; mais, ainsi que l'a dit M. Beau (1) qui a jeté une vive lumière sur ce point de nosologie, on doit comprendre les rapports de l'hypochondrie et de la nosomanie de la même manière à peu près que l'on comprend ceux de la rage et de l'hydrophobie. En effet, on sait que la rage a l'hydrophobie pour symptôme, mais on sait aussi que l'hydrophobie peut exister sans être liée à la rage, et que même la rage ne s'accompagne pas toujours et nécessairement d'hydrophobie. Eh bien! on peut en dire autant de l'hypochondrie et de la nosomanie.

Pour rendre notre pensée plus complète, nous dirons quelques mots de l'*hypochondrie simple*, de l'*état hypochon-*

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1840, t. VIII, IX, X, XI, *Traité expérimental et clinique d'auscultation*, p. 478.

driaque, avant d'aborder l'étude de la monomanie hypochondriaque, ou hypochondrie délirante.

L'état hypochondriaque dont les principaux traits se retrouvent dans Boerhaave, Lorry, Cullen, Sydenham, Willis et surtout dans Hygmore (1), qui a été décrit depuis sous le nom d'état nerveux (Sandras), de névropathie protéiforme (Cerise), se manifeste au début par des symptômes gastro-intestinaux : appétit capricieux, digestions pénibles accompagnées de renvois gazeux, bouche pâteuse, vomissement, malaise épigastrique, coliques sourdes, constipation habituelle. M. Beau (2), qui réunit tous ces symptômes sous le nom de dyspepsie, et qui a noté en même temps chez ces malades la fréquence des bruits artériels anémiques, n'hésite pas, par une déduction qui me semble exagérée, à trouver dans ces caractères la définition de l'hypochondrie qu'il appelle : une dyspepsie flatulente, se liant à l'existence de bruits artériels avec prédominance de différents symptômes nerveux, parmi lesquels il y a assez souvent de la nosomanie.

Après une période intermédiaire dans laquelle prédominent surtout les troubles de la nutrition et les symptômes de l'anémie, dyspnée, palpitations cardiaques, diminution des forces musculaires, pâleur de la face, on ne tarde pas à voir survenir les phénomènes nerveux de l'hypochondrie, l'analgésie, l'anesthésie, la toux nerveuse, la dysphagie, et enfin ces névralgies intercostales qui, s'étendant au dos, à la poitrine, et surtout aux hypochondres, avaient attiré de tout temps l'attention des médecins par leur constance, par leur ténacité, et avaient fini par imposer à la maladie son nom d'hypochondrie. A cette série de symptômes se rattachent encore les modifications de l'état moral, la tristesse, la tendance à voir tout en noir, à exagérer les souffrances, à en

(1) Hygmori, *Exercitationes duæ* : 1° *de passione hysterica*; 2° *de affectione hypochondriacâ*. Amstelodami, 1666, in-12.

(2) Beau, *Traité d'auscultation*. Paris, 1856, p. 497.

parler sans cesse. Mais cette exagération n'est pas du délire; elle peut sans doute y conduire, mais elle laisse au malade la libre conscience de ses actes, et n'impose à son esprit aucune fausse conception.

Je n'ai pas à insister ici sur les relations de l'état hypochondriaque avec la pléthore abdominale et l'existence habituelle d'un écoulement sanguin hémorrhoïdaire, survenant à des époques périodiques, véritable menstruation qui en offre à la fois et les dangers et les avantages ; je ne fais également que mentionner les lésions organiques, comme la cirrhose, les cancers du foie, les dégénérescences des viscères abdominaux, qui ont été signalées comme une des terminaisons de l'hypochondrie. Les indications que nous venons de donner suffiront pour rappeler à l'esprit la différence qui existe entre l'état hypochondriaque et la monomanie hypochondriaque qui rentre plus particulièrement dans le sujet de nos études.

Les *causes prédisposantes* de la *monomanie hypochondriaque*, parmi lesquelles domine l'hérédité, ne sont pas autres que celles que nous avons assignées à la folie en général, et cette analogie est une preuve nouvelle des connexions qui unissent ces deux états pathologiques. Les causes *occasionnelles* n'ont, dans tous les cas, qu'une valeur secondaire; lorsqu'elles exercent leur action indépendamment de toute prédisposition, elles ne déterminent que des états peu graves au point de vue du pronostic. C'est ainsi que chez les gens du monde, la lecture inconsidérée des livres de médecine; chez les étudiants, les premières études médicales, amènent des préoccupations hypochondriaques passagères qui leur font éprouver successivement tous les maux qui passent sous leurs yeux.

La nosomanie peut prendre naissance dans une préoccupation purement imaginaire, mais souvent aussi elle procède d'une maladie réelle qui, exagérée et amplifiée par un cer-

veau malade, devient le point de départ d'une foule de conceptions délirantes : pour quelques-uns, le délire s'organise autour du moindre bouton, de la tumeur la plus insignifiante ; chez d'autres, ce sont des douleurs d'estomac, des angines chroniques à forme granuleuse, des affections des organes génito-urinaires qui, légères par elles-mêmes et incapables de compromettre la santé, concentrent toute l'attention des malades et exercent sur l'intelligence le retentissement le plus fâcheux.

Quelle que soit son origine, la monomanie hypochondriaque présente plusieurs périodes dans son développement.

1° A la première période, ce n'est encore qu'une idée fixe : les malades ne délirent pas, ils conservent le libre exercice de leurs facultés intellectuelles; ils peuvent travailler et remplir les devoirs de leur profession, et leurs appréciations sur les choses de la vie restent saines et justes; mais l'idée qui les obsède commence à influer sur leurs actions. Sont-ils préoccupés de leur gorge, de leur nez, de leur larynx, ils se tâtent, s'inspectent et s'examinent sans cesse; ils prennent une foule de précautions pour leur santé, courent de médecin en médecin, de remède en remède, crédules, dociles, faciles à décourager et à tromper, inventant des théories médicales et lisant les livres de médecine avec une ardeur que rien ne lasse. Parmi ces monomaniaques, les syphilophobes, si bien connus de M. Ricord, ne sont ni les moins curieux ni les moins rares : ce sont des individus, souvent affaiblis et épuisés, qui, n'ayant jamais présenté de symptômes syphilitiques, ou bien ayant eu dans un passé lointain des accidents vénériens qui leur reviennent en mémoire, sont dominés par la terreur de la vérole. Chaque matin, ils recherchent à l'extrémité de la verge la gouttelette de mucus, indice de leur blennorrhée; la moindre rougeur, la moindre tache les met en éveil, et leur activité intellectuelle se concentre peu à peu autour de cette idée fixe. La plupart,

lorsqu'on les examine avec soin, présentent, outre ces préoccupations maladives, une grande impressionnabilité, de l'insomnie, des douleurs erratiques, et cet ensemble de symptômes nerveux que nous avons signalés à propos de l'état hypochondriaque.

La première période peut, chez certains sujets, guérir sans laisser de traces fâcheuses après une durée de quelques mois; mais elle peut aussi se prolonger pendant des mois, des années et même indéfiniment. Tant que l'état est stationnaire, tant qu'il ne s'agit que d'une idée fixe, on ne peut dire, au moins d'une manière générale, que l'individu soit aliéné; mais bien souvent cette limite est franchie, et des irradiations délirantes s'étendent et sur les actes et sur l'intelligence.

2° A la deuxième période, des illusions et des hallucinations de tous les sens, et surtout de la sensibilité générale, viennent donner un nouvel aliment aux fausses conceptions; les malades ne savent où trouver des expressions pour peindre les sensations qu'ils éprouvent : on leur coule du plomb fondu dans les veines, leurs nerfs sont tordus et déchirés, ils sentent des tisons ardents qui brûlent leur estomac; rien n'égale la richesse de leurs images et la vivacité et la subtilité de leurs descriptions. Le médecin doit bien se garder de regarder toutes ces souffrances comme purement imaginaires, car elles correspondent à des illusions qui font bien réellement percevoir aux malades toutes les sensations qu'ils décrivent : on les voit d'ailleurs, à ce degré, passer leur vie dans la contemplation et l'examen scrupuleux de leur personne; ils se tâtent le pouls, écoutent les battements de leur cœur, examinent leur langue, passent en revue l'urine, le sperme, les matières fécales, la sueur, les crachats, et, absorbés par ces soins, négligent leurs affaires les plus importantes, se séparent de leur famille et de leurs affections les plus tendres et bientôt même se laissent aller à des actes

empreints d'un profond délire. Ils refusent de se lever, s'astreignent à un régime extraordinaire, prennent des tics et des habitudes bizarres qu'ils justifient toujours par le soin de leur santé et par le soulagement qu'ils disent en ressentir. Tel se masturbe pour calmer ses nerfs, tel autre se déshabille et cherche à rester nu pour tempérer l'ardeur qu'il ressent dans ses entrailles. J'ai connu un hypochondriaque qui, poursuivi par des odeurs fétides dues à des hallucinations de l'odorat, croyait que ces odeurs provenaient de son corps gangrené : il fuyait la société, changeait à chaque instant de logement, convaincu qu'il empestait tout autour de lui, et chaque nuit étalait à ses fenêtres le linge qu'il avait porté pendant le jour, afin de détruire les exhalaisons qui s'en échappaient. Celui-ci refuse de parler parce qu'il n'a pas de larynx, celui-là marche sur ses talons ou se laisse porter parce que ses jambes seraient incapables de soutenir le poids de son corps. On en voit qui manient à plaisir leurs matières fécales et cherchent minutieusement, au milieu de leurs excréments, les vers, les crapauds, les grenouilles qu'ils sentent remuer dans leur corps et auxquels ils attribuent tous leurs maux. Certains d'entre eux, dans un but thérapeutique, se laissent aller à des excès alcooliques effrénés, d'autres s'imposent des jeûnes prolongés, ou même en arrivent à un refus absolu d'aliments. J'ai insisté (1) sur une forme particulière de monomanie hypochondriaque dans laquelle les sujets, gastralgiques au début, s'apercevant qu'en diminuant la quantité d'aliments ingérés, ils atténuaient leurs douleurs d'estomac, arrivent à cette conviction qu'ils ne peuvent pas manger, qu'ils ne doivent pas manger, et finissent par succomber dans le marasme si l'on n'intervient pas énergiquement près d'eux. Quelques hypochon-

(1) *Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments* (*Ann.-méd. psychol.*, 1860, p. 15).

driaques répètent que leur estomac est bouché, que l'intestin est renversé, qu'ils ne peuvent ni manger, ni boire, ni uriner, ni aller à la selle.

3° A sa troisième période, la nosomanie n'est plus limitée à la sphère individuelle ; elle s'étend au delà, et le délire hypochondriaque s'associe à des idées mélancoliques ou à des idées de persécution. Non-seulement l'hypochondriaque est affecté de mille maux, mais encore il est ruiné, il est perdu, il est déshonoré, on le montre partout au doigt ; les sensations maladives qu'il éprouve, les illusions qui le tourmentent, il les attribue à des poisons, à des substances malfaisantes qui sont mêlées à ses aliments, d'où ses idées de haine envers ses parents, ses amis, son médecin, qui deviennent quelquefois victimes de sa vengeance, ainsi que la science en possède plus d'un malheureux exemple. Enfin, les hypochondriaques, sous l'influence du dégoût et du découragement qui les poursuivent, peuvent arriver aux idées et aux tentatives de suicide. On a dit que ces malades, tout en répétant incessamment qu'ils désirent la mort, qu'ils veulent se tuer, reculent toujours devant une tentative sérieuse : cette assertion est exagérée, et l'on voit des hypochondriaques réaliser à la fin leurs menaces et finir par le suicide.

La nosomanie se termine de la même façon que tous les délires partiels : lorsqu'elle se présente à l'état aigu et qu'elle s'accompagne d'une vive excitation, elle peut guérir dans un espace de temps assez limité ; lorsqu'elle passe à l'état chronique, elle acquiert une extrême gravité. Si elle ne franchit pas le premier degré, les malades conservent longtemps la libre direction de leurs actes, et, tout en faisant le tourment de ceux qui les entourent, continuent à gérer leurs affaires et à vivre dans la société. Mais, arrivée à une période plus avancée, l'hypochondrie s'associe à la mélancolie, aux délires partiels de toute nature, finit par la démence, et alors, au milieu même de l'affaiblissement intellectuel, se retrouve

encore la trace des idées délirantes spéciales qui avaient signalé le début de l'affection.

II. — Monomanie sensoriale.

En faisant plus haut l'histoire des hallucinations, nous avons déjà tracé en grande partie la description de la monomanie sensoriale ; aussi nous nous contenterons d'en rappeler ici les traits principaux.

Les hallucinations se rattachent à la monomanie de deux manières distinctes : tantôt elles apparaissent dans le cours de la maladie, et tout en étant un effet du délire, contribuent à l'entretenir et à l'accroître en lui apportant un nouvel aliment; tantôt, au contraire, elles surviennent d'emblée ou après une période prodromique très courte, et servent de point de départ à tous les actes du malade, à toutes ses fausses conceptions. Ces deux variétés finissent par se confondre dans la même symptomatologie, mais à leur origine elles sont bien distinctes.

Au début de la monomanie sensoriale les malades éprouvent en général quelques doutes sur la nature de leurs sensations maladives; mais dès qu'ils croient à la réalité de leurs hallucinations, ils cherchent, par une conséquence logique, à trouver autour d'eux la cause de ce qu'ils éprouvent : les voix qui frappent leurs oreilles, les douleurs qu'ils ressentent, les odeurs qui affectent désagréablement leur odorat, ils les attribuent à des personnages cachés qui cherchent à leur nuire et à les tourmenter, et pénètrent chez eux à l'aide de doubles clefs ou par des voies secrètes. On les voit chercher dans leur chambre, dans leurs meubles, dans les rideaux, dans les appartements voisins, ces ennemis mystérieux et insaisissables : ils regardent sous les lits, se barricadent chez eux et s'arment de toutes pièces, combattant le sommeil afin de surveiller de plus près leurs adversaires. Ils causent à haute voix, regardent en l'air, répon-

dent à un interlocuteur imaginaire et prennent mille précautions, changeant d'appartements, de villes, de pays pour échapper à leurs persécuteurs; après quelques jours de répit causés par le changement de lieux et la vue de nouveaux objets, ils éprouvent bientôt les mêmes phénomènes morbides qu'ils traînent avec eux dans leur vie vagabonde.

Leurs actes délirants varient d'ailleurs à l'infini, selon la nature même des hallucinations. Entraîné par des idées de haine contre ceux qu'il accuse de le tourmenter à l'aide de la physique et de secousses électriques, l'halluciné peut commettre les actes de violence les plus graves. J'en ai vu un démolir à coups de barres de fer le plafond de sa chambre pour découvrir et punir rudement ceux qui le poursuivaient de leurs injures. Quelques-uns tuent ou se donnent la mort, parce qu'ils entendent une voix qui leur en donne l'ordre. Parfois les idées de meurtre ou de suicide se rattachent à des hallucinations d'un autre ordre. Un commerçant aperçoit en plein jour des assassins qui mutilent son épouse; dans son désespoir il s'empare d'un couteau et se fait une plaie qui intéresse le pharynx. Cet homme est séquestré à Charenton; sa blessure se cicatrise; un matin, il croit voir sa femme prodiguer à un surveillant les dernières faveurs; le soir, il se précipite en furieux sur son rival que les secours les plus prompts mettent difficilement à l'abri de sa vengeance (Calmeil). J'ai donné des soins à un halluciné qui, la nuit, pour se débarrasser de ses ennemis cachés autour de lui, mit le feu à la maison et faillit périr dans l'incendie. — Chez d'autres, les actes, tout étant moins graves, étonnent par leur bizarrerie : celui-ci reste immobile sans qu'on puisse le décider à exécuter un mouvement; une fois guéri, il raconte qu'une voix lui disait : « Si tu bouges, tu es mort. » Celui-là refuse obstinément de prendre des aliments qui lui sont offerts parce que l'odeur et la saveur lui indiquent qu'ils sont empoisonnés. Les habitudes singulières, inexpli-

cables, que l'on observe chez certains aliénés et qui paraissent exorbitantes, eu égard à leur état mental, ne se rencontrent guère que chez des monomaniaques hallucinés. Une dame hallucinée, mais vivant encore dans le monde, causant bien de toute chose, se laissait constamment aller à ses besoins naturels au milieu de sa chambre, de son salon; elle finit par avouer que dans tous les lieux d'aisances on avait organisé un système de lorgnettes et d'appareils électriques qui lui occasionnaient des sensations étranges, et que pour rien au monde elle ne voulait s'y exposer de nouveau.

Le chapitre des hallucinations contient tout ce qui a trait au pronostic, au diagnostic et au traitement de la monomanie sensoriale : à l'état aigu elle est curable; à l'état chronique, quel qu'ait été son mode de développement, elle doit être considérée comme une des formes les plus graves du délire partiel, autant par elle-même que par les actes dangereux auxquels peuvent se livrer d'un instant à l'autre les sujets en apparence les plus inoffensifs. Quand cette forme de monomanie passe à l'état chronique, quand la démence arrive, on voit habituellement les troubles sensoriaux devenir plus rares, perdre peu à peu leur précision et leur netteté, et les idées délirantes restent seules confuses, affaiblies, ainsi que le comporte l'affaiblissement croissant de l'intelligence.

III. — Monomanies impulsives.

1° *Définition.* — On désigne sous le nom de *monomanies impulsives* ou *instinctives* celles qui sont constituées, non par une conception fausse ou une hallucination, mais par un instinct aveugle, un mouvement irrésistible qui entraînent les malades à commettre un acte de violence, un homicide, un suicide, à voler (kleptomanie), à allumer un incendie (pyromanie), à boire des liqueurs alcooliques (dipsomanie).

On a nié l'existence des monomanies instinctives : on a dit que le mouvement impulsif n'existait jamais seul, qu'il était toujours lié à quelque hallucination, à quelque idée délirante, et qu'elles pouvaient toutes rentrer dans la classe des monomanies intellectuelles ou des monomanies sensoriales (1). On a dit encore que ces impulsions étaient le plus souvent associées à des vertiges épileptiques, et qu'il fallait les regarder, non comme une forme particulière de vésanie pure, mais comme un de ces troubles intellectuels spéciaux à l'épilepsie. Ces objections ne manquent pas de valeur, cependant elles me paraissent insuffisantes pour supprimer la classe des monomanies instinctives. Si dans les observations que possède la science, le mouvement impulsif a souvent, en effet, été accompagné d'une idée fausse, d'une hallucination, le fait de l'irrésistibilité, de l'impulsion, reste tellement prédominant au milieu de tous les autres symptômes qu'il donne à la maladie un cachet qui frappe au premier coup d'œil. Quant à affirmer que chaque accès de violence impulsive a été précédé d'un vertige épileptique assez passager pour échapper à l'observateur, c'est généraliser outre mesure une vérité mieux étudiée, il est vrai, de nos jours. Quoi qu'on en dise, il existe incontestablement des monomanies instinctives dégagées de toute complication.

2° *Causes.* — On retrouve dans les monomanies instinctives toutes les causes qui président en général au développement de la folie : antécédents héréditaires fâcheux, bizarreries de caractères, affections nerveuses antérieures. Les causes occasionnelles ont une certaine importance ; ainsi c'est au moment de la puberté, pendant les époques menstruelles, pendant la grossesse ou l'allaitement, au moment de l'accouchement et pendant les premiers jours qui le suivent, que se développent le plus volontiers les impulsions

(1) Bariod, *Thèse, De la non-existence de la monomanie instinctive.*

irrésistibles; une émotion morale, l'esprit d'imitation, agissent dans le même sens. En 1825, une femme, Henriette Cornier, entraînée par une impulsion de cette nature, ainsi que Marc le démontra, commit sur une enfant de dix-huit mois, un meurtre qui eut dans toute la France un grand retentissement; dans l'année qui suivit, Esquirol recueillit quatre observations d'impulsions homicides, remontant toutes à la vive impression produite par les commentaires de toutes sortes dont ce procès avait été l'objet.

3° *Symptomatologie.* — L'accès impulsif est en général précédé d'une période de durée variable, pendant laquelle les sujets sombres, mélancoliques, vivant à l'écart, présentent un notable changement dans leur caractère et leur manière de vivre : déjà ils subissent l'influence de l'idée maladive, ils luttent contre elle, ils cherchent à la repousser; au moment de l'accès, l'angoisse est inexprimable : ils éprouvent du tremblement, de la céphalalgie, de la constriction épigastrique; les artères battent avec force, des bouffées de chaleur montent au visage, le regard devient fixe et farouche; une fois l'acte accompli, il se produit une sorte de détente : tantôt les sujets ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé, tantôt ils tombent dans un état d'affaissement et de stupeur; quelques-uns ont horreur de leur crime, se lamentent, se désespèrent, vont se mettre entre les mains de la justice et racontent eux-mêmes les sensations qu'ils ont éprouvées avant l'accomplissement du crime.

La folie impulsive peut guérir après avoir duré plusieurs semaines, plusieurs mois, et ne laisser après elle aucune trace fâcheuse, mais les rechutes sont possibles, et ceux qui ont résisté une première fois succombent plus tard. Parfois même la reproduction des accès est régulièrement intermittente, et pendant les intervalles de calme, les malades rendent compte avec une lucidité parfaite des mouvements étranges qu'ils ont ressentis.

4° *Formes diverses de monomanie instinctive.* — C'est surtout à la monomanie *impulsive homicide* et *suicide* que ces données générales sont applicables. Dans la monomanie ***homicide***, les malades ne s'adressent pas à des inconnus, à des ennemis ; loin de là, ce sont leurs enfants, leurs parents, les êtres les plus chers, qui deviennent les victimes de leur violence ; la vue d'un couteau, d'un poignard, d'une arme quelconque, réveille l'impulsion avec une énergie nouvelle, et si, au début, les malades s'enfuient effrayés lorsqu'ils sont en présence de l'objet de leur délire, trop souvent ils finissent par succomber à l'irrésistibilité du mouvement qui les domine.

Dans une maison respectable d'Allemagne (1) une mère de famille rentre chez elle; une domestique contre laquelle on n'avait jamais eu le moindre sujet de plainte paraît dans une grande agitation ; elle demande à parler seule à sa maîtresse, se jette à ses genoux et lui demande en grâce de quitter sa maison. Sa maîtresse, étonnée d'une semblable demande, veut en connaître le motif, et elle apprend que toutes les fois que la malheureuse domestique déshabille l'enfant de cette dame, elle est frappée de la blancheur de ses chairs, et éprouve le désir presque irrésistible de l'éventrer; elle craint de succomber et préfère s'éloigner. Cet événement s'est passé dans la famille de M. de Humboldt.

Le 7 octobre 1826, dit Georget (2), la femme d'un cordonnier, nommé N..., vint me demander des conseils pour un état qui la mettait au désespoir : elle avait l'apparence de la santé, elle dormait bien, avait bon appétit, ses règles étaient régulières, elle n'éprouvait aucune douleur, la circulation n'offrait rien de particulier; mais la femme N... se plaint d'avoir des idées qui la portent à immoler ses quatre enfants, quoiqu'elle les aime, dit-elle, plus qu'elle-même;

(1) Marc, *Consultat. méd.-légale pour H. Cornier.* Paris, 1840, t. II, p. 71.
(2) Georget, *Discussion médico-légale sur la folie.* Paris, 1826.

elle craint alors de faire un mauvais coup, elle pleure, se désespère, elle a envie de se jeter par la fenêtre; dans ces moments elle devient rouge, elle ressent une impulsion irrésistible et non motivée, ce qui lui donne un saisissement et un tremblement général.

Elle n'a pas de mauvaises idées contre les autres enfants; elle a soin de fuir les siens, de se tenir hors de chez elle, de rester chez une voisine, de cacher couteaux et ciseaux; on n'observe aucune autre lésion mentale. Cette femme ne peut plus travailler dans une manufacture où elle était occupée, attendu qu'elle a besoin d'être aidée par deux de ses enfants, et qu'elle ne veut pas les avoir si près d'elle; elle ne reste point oisive; lorsqu'elle n'a rien à faire, elle monte et descend les escaliers un grand nombre de fois pour faire diversion à ses idées. Cet état dure depuis le 8 septembre 1826. Trois mois auparavant, la malade avait éprouvé une vive contrariété étant dans ses règles; celles-ci continuèrent à couler et sont revenues avec régularité; elle n'a pas eu l'esprit frappé par le récit de crimes extraordinaires, mais elle avait eu un accès trois mois auparavant. M. Lallemand, chirurgien en chef de la Salpêtrière, a ordonné des bains, la valériane et un vésicatoire entre les épaules.

L'impulsion au *suicide* se rencontre exactement avec les mêmes caractères que l'impulsion homicide et lui est bien souvent associée; sans cause, sans chagrin d'aucune sorte, les sujets éprouvent de véritables accès pendant lesquels le penchant au suicide se présente à leur esprit avec une violence irrésistible qui s'accompagne de tous les troubles somatiques que nous avons énumérés. Comme ils ont de leur état une conscience parfaite, ils tremblent en passant sur un pont, en se trouvant sur un lieu élevé, en se faisant la barbe, se lamentent sur leur sort et sur celui de leur famille, et vivent dans un état d'anxiété et d'angoisse qui émeut lorsqu'on les entend raconter leurs souffrances.

Faut-il admettre comme forme spéciale de monomanie instinctive une propension irrésistible au *vol*, ou *kleptomanie*? Plusieurs des observations de ce genre citées par Esquirol se rapportent évidemment aux débuts de la paralysie générale et ne sauraient être invoquées ici. Mais en dehors de ces faits, en dehors de ceux qu'on observe chez des imbéciles et des déments, on en cite d'autres qui présentent comme lésion intellectuelle isolée, une propension irrésistible au vol. Marc (1) a rapporté les observations suivantes : Une jeune demoiselle, née de parents riches et de noble extraction, douée d'un bon caractère et d'un esprit sain, éprouvait habituellement le besoin de s'emparer des objets de toute espèce qui frappaient sa vue. Elle tenait en réserve un grand nombre de mouchoirs, de dés, de fichus, de bas, de gants qu'elle avait enlevés à ses compagnes. Ses larcins venaient-ils à être découverts, elle ne cherchait pas à le dissimuler; elle témoignait par ses larmes le repentir et la honte que sa conduite lui faisait éprouver; elle promettait de résister à l'avenir à cet odieux penchant; retirée dans sa chambre, elle priait Dieu avec ferveur de la soutenir dans ses résolutions; mais l'occasion venait bientôt les détruire, et le maître de la pension où elle était alors fut enfin obligé de la renvoyer à ses parents.

Un employé du gouvernement, à Vienne, avait la singulière habitude de ne voler que des ustensiles de ménage; il loua deux chambres pour les y déposer; il ne les vendait point et n'en faisait aucun usage.

Victor Amédée, roi de Sardaigne, prenait partout des objets de peu d'importance.

Lavater parle d'un médecin qui ne sortait pas de la chambre d'un de ses malades sans lui dérober quelque objet, et qui ensuite n'y pensait plus. Le soir, sa femme vi-

(1) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. Paris, 1840, t. II, p. 255.

sitait ses poches et y trouvait des clefs, des ciseaux, des dés à coudre, des couteaux, des cuillers, des boucles, des étuis et les rendait aux propriétaires.

La femme du célèbre Gaubius avait un si fort penchant à dérober, que, lorsqu'elle achetait, elle cherchait toujours à soustraire quelque chose.

Ces exemples établissent d'une manière suffisante l'existence d'une propension maladive au vol : le peu de valeur des objets volés, la bizarrerie du choix, l'usage qui en est fait, la position sociale des individus, leur moralité, leurs antécédents au point de vue de l'hérédité et de l'état mental, les aveux spontanés du voleur ou la restitution de l'objet, l'état de grossesse, enfin les phénomènes physiques qui accompagnent les monomanies instinctives, toutes ces conditions devront être prises en grande considération dans le diagnostic souvent délicat de la monomanie impulsive du vol. Quant à ces vols incompréhensibles commis par des amateurs effrénés de livres, d'antiquités, d'objets précieux, il est très difficile de distinguer ce qu'on doit attribuer à l'entraînement d'une passion dominatrice, ou à l'impulsion irrésistible de la folie, et à cet égard on ne peut fixer de règles précises.

Pyromanie. — Les imbéciles, les sujets en démence peuvent mettre le feu par ignorance du danger ou par incurie; des hallucinés ou des monomaniaques peuvent commettre le même acte en raison d'idées délirantes spéciales. J'ai connu, dit Marc, un aliéné qui s'était placé sur des fagots qu'il voulait embraser, parce que, se croyant investi d'une puissance céleste, il était certain qu'à son commandement les flammes s'éteindraient aussitôt. L'idée de faire un acte méritoire, de purifier un lieu souillé par des infidèles, ou bien l'influence d'une hallucination, d'une voix chargée de transmettre les ordres de Dieu, ont été, dans quelques cas, le mobile de l'acte insensé. Mais, outre ces faits qui se rattachent à la

monomanie intellectuelle ou à l'histoire des hallucinations, il en est d'autres dans lesquels la propension à mettre le feu semble être le résultat d'une impulsion irrésistible offrant tous les caractères psychiques et somatiques que nous avons précédemment mentionnés. L'époque de la puberté dans les deux sexes, époque d'évolution organique qui agit singulièrement sur le système nerveux, semble, au dire de quelques auteurs allemands cités par Marc et par Esquirol, la cause occasionnelle la plus fréquente de cette forme de monomanie instinctive. Les sujets mettent le feu sans motif appréciable et uniquement pour satisfaire un besoin irrésistible qu'ils ne peuvent expliquer. Ils incendient les propriétés de gens qu'ils n'ont jamais vus, contre lesquels ils n'ont aucun motif d'aversion, souvent ils brûlent leur propre maison. La vue des flammes, le tumulte, le son des cloches, déterminent chez quelques-uns d'entre eux une admiration passionnée qu'ils expriment tous en termes analogues et qui se traduit par une véritable extase; ils se trouvent en même temps soulagés de cette angoisse inexprimable qui accompagne le développement de l'accès impulsif.

Il est bien rare de rencontrer la pyromanie impulsive à l'état de simplicité parfaite; bien souvent elle s'associe à des hallucinations de la vue ou de l'odorat survenant au moment même de l'accès, mais n'ayant qu'une valeur symptomatique secondaire. La pyromanie impulsive est susceptible de guérison, elle s'observe rarement et est sur tout importante au point de vue médico-légal.

On désigne sous le nom de *dipsomanie* une forme particulière de monomanie instinctive qui consiste en un besoin irrésistible de boire des liqueurs alcooliques.

Il faut distinguer avec soin la dipsomanie proprement dite de ce penchant pour les liqueurs alcooliques que l'on observe au début de quelques maladies mentales et surtout de la manie et de la paralysie générale : le besoin de

boire n'est pas alors une maladie, c'est un symptôme, mais un symptôme grave qui accélère singulièrement, il est vrai, la marche des accidents, et devient cause à son tour.

Dans l'étiologie de la dipsomanie se retrouvent toutes les causes générales qui président au développement de la folie. Comme causes occasionnelles, on a noté la dyspepsie et d'autres troubles nerveux de l'estomac, l'époque menstruelle, l'âge critique, la grossesse, l'état hystérique qui prédispose d'une manière si remarquable aux perversions de la sensibilité, les hémorrhagies puerpérales, la convalescence de fièvres graves, quand l'économie se trouve profondément épuisée.

La dipsomanie existe à l'état aigu et à l'état chronique. A l'*état aigu*, elle procède habituellement par accès survenant tous les quinze jours, tous les mois et quelquefois à de plus longs intervalles : l'accès débute par de la tristesse, de la morosité, de la céphalalgie, de l'anxiété précordiale, puis le besoin de boire se fait sentir, puissant, irrésistible. On voit des gens pleins d'intelligence, ayant reçu une éducation complète, appartenant à la classe élevée de la société, des jeunes femmes que personne n'oserait soupçonner, des ouvriers honnêtes et laborieux, disparaître tout d'un coup du monde, quitter leur travail, et pendant huit jours, quinze jours et même plus, ingérer, tout en s'enivrant à peine, de prodigieuses quantités de liqueurs alcooliques. Les dipsomanes sentent l'accès venir : tout en déplorant leur impuissance à surmonter ce besoin maladif, ils ne cessent de boire que lorsque l'accès est passé, ou lorsque l'intervention de leur entourage met fin à leurs excès par un isolement forcé. Rien d'ailleurs ne les arrête : quand l'argent est épuisé, ils vendent, pour boire, leurs meubles, leurs vêtements, ceux de leurs femmes, de leurs enfants et sont apportés presque nus dans les asiles. Ceux qui sont trop en vue et n'osent se livrer en toute liberté à leur impulsion,

savent dissimuler et recourir à mille ruses pour la satisfaire en secret : ils se renferment, s'isolent, et s'ils ne peuvent se procurer de l'eau-de-vie, boivent de l'eau de Cologne ou tout autre mélange alcoolique qu'ils viennent à rencontrer; ils le font pendant des journées, pendant des semaines, sans dormir, presque sans manger. L'accès se termine, en général, par un sommeil lourd et prolongé. Une fois qu'il est passé, les malades reviennent, honteux et épuisés, à leurs habitudes de santé. Ils redeviennent sobres, travailleurs, jusqu'à l'arrivée d'un nouvel accès, et parfois conservent assez longtemps la plénitude de leurs facultés intellectuelles, malgré les excès énormes auxquels ils se livrent et pour lesquels ils semblent avoir une tolérance spéciale; quelques-uns cependant finissent par succomber en proie aux accidents que nous étudierons plus tard comme résultant de l'abus des boissons alcooliques. La dipsomanie *chronique* ne peut guère être distinguée de l'ivrognerie et ne s'offre plus à l'observation avec des caractères pathologiques aussi tranchés que la dipsomanie aiguë. Tout au plus peut-on regarder comme atteints de cette forme de monomanie ces individus adonnés aux boissons fortes qui, voués à une intoxication permanente, reviennent périodiquement dans les asiles et chez lesquels un commencement d'affaiblissement intellectuel rend impossible tout effort de volonté, toute lutte entre la raison et leur détestable penchant, jusqu'à ce qu'une démence incurable ou une paralysie générale vienne clore leur triste existence.

Signalons à côté de ces diverses monomanies certaines perversions maladives qui frappent par leur étrangeté.

Georget, dans un mémoire resté célèbre (1), a constaté chez Léger des perversions instinctives poussant ce malheu-

(1) Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense (*Archives de médecine*, t. VIII, juin et juillet 1825).

reux à l'anthropophagie; il a démontré avec une rare sagacité, d'après toutes les circonstances du procès, qu'il s'agissait là d'impulsions irrésistibles développées sur un état antérieur d'imbécillité, et il a cité un certain nombre de faits analogues épars dans les annales de la science.

Plus récemment, M. Lunier a appelé l'attention sur l'affaire si remarquable du sergent Bertrand, qui, la nuit, allait dans les cimetières de Paris et des environs, déterrait les cadavres, les mutilait à plaisir, les mettait en pièces, et même se livrait sur eux à des actes honteux de cohabitation. Bertrand, sombre et triste pendant son enfance, avait un oncle aliéné; deux ans avant son jugement il eut son premier accès. Ayant assisté par hasard à un enterrement, il fut pris d'un désir violent et instinctif de déterrer le cadavre, et dès le soir son projet était accompli. Son accès revenait tous les quinze jours et s'annonçait par de la céphalalgie, du malaise et un entraînement irrésistible pendant lequel, malgré les coups de fusil dirigés contre lui, malgré une machine infernale qui faillit le tuer, il franchissait les murs des cimetières, déterrait les cadavres avec ses mains ensanglantées, et cela sans ressentir de douleur; au début, il prenait des précautions, évitait le danger; mais plus tard, les accès devenant plus intenses, il allait à l'aveugle et sans rien calculer. Bertrand fut condamné comme coupable de violation de sépulture.

Outre ces monomanies caractérisées par l'existence d'une impulsion irrésistible unique ou du moins dominante, on a décrit sous le nom de monomanie raisonnante (Esquirol), de monomanie instinctive (Marc), folie morale, *moral insanity* (Prichard), un état particulier dans lequel les sujets, tout en conservant en apparence un jugement sain et une grande habileté de raisonnement, passent leur vie à exécuter des actes bizarres et nuisibles, se laissent aller à tous les mouvements passionnés, à tous les désirs qui traversent leur

esprit, et, à la moindre résistance, se livrent à des emportements maniaques pendant lesquels ils commettent des actes de la plus haute gravité. Dans les établissements où ils sont placés, ces malades, surtout dans leurs moments de paroxysmes, poussent les autres à la révolte et à l'insubordination, critiquent tout ce qui se fait autour d'eux, fatiguent de leurs réclamations les serviteurs et les médecins, et sèment partout la haine, la discorde et la calomnie. Pris en flagrant délit, ils nient avec opiniâtreté ou atténuent avec une habileté rare les actes qui leur sont reprochés, et sont un véritable fléau pour ceux qui les entourent et pour ceux qui sont chargés de les diriger.

Je ne saurais admettre cette situation mentale à titre d'entité pathologique distincte. Tous les faits de cette nature que j'ai recueillis se rangent pour moi en deux catégories. Ce sont, ou des états congénitaux, dont on retrouve des traces dès la première enfance, et qui peuvent légitimement être rattachés à de l'imbécillité, ou des états anormaux de l'intelligence consécutifs à des accès antérieurs de folie et se rapprochant de l'excitation maniaque. Chez ces derniers malades, malgré la disparition des accidents aigus, le retour du calme et une guérison complète en apparence, le jugement reste faussé ; il y a des idées fixes, des sentiments involontaires de haine et de défiance, et surtout une irritabilité excessive à laquelle s'associent, dans les moments de paroxysmes, de véritables conceptions délirantes, dont ils ont conscience dès que le calme revient ; c'est d'ailleurs une situation dont le pronostic est grave et qui laisse les sujets sous l'imminence continuelle d'une rechute plus complète.

§ 4. — Traitement.

Rien de plus difficile à tracer que le traitement des monomanies. A part les règles de traitement applicables à la

folie en général et sur lesquelles nous avons insisté plus haut, chaque cas particulier présente des indications spéciales, et il n'est aucune forme de folie qui exerce davantage la patience et la sagacité du médecin.

Ici le traitement moral joue sans contredit le premier rôle, et par traitement moral, je veux dire surtout l'isolement et une direction intellectuelle habile et énergique. L'isolement dont nous avons étudié les effets, rompt les habitudes délirantes du malade, l'entraîne involontairement dans une vie régulière et disciplinée, et donne au médecin l'ascendant moral qui résulte nécessairement d'un pouvoir unique et incontesté.

Une fois que le monomaniaque a été placé dans des conditions favorables pour le traitement, faut-il, en se basant sur l'activité quasi-normale d'une partie des facultés intellectuelles, attaquer par le raisonnement, discuter une à une les idées délirantes, faire appel à l'évidence et lui prouver qu'il a tort? En général, c'est là une mauvaise méthode. En argumentant à fond avec le monomaniaque, le médecin use son influence et ne fait que donner une nouvelle énergie aux idées qu'il veut combattre, car l'aliéné, cherchant des arguments, concentre toute son attention sur les circonstances qui peuvent corroborer son opinion, et ne fait que la rendre plus irréfutable à ses propres yeux. Si par hasard sa conviction est un jour ébranlée, il fait les promesses les plus solennelles et semble retrouver la gaieté et la confiance; les gens inexpérimentés croient à la guérison, mais au bout de peu d'heures, de peu d'instants, le délire reparaît sous une autre forme, s'empare des prétextes les plus futiles, et déjoue les efforts de logique les mieux combinés. C'est ce qu'on voit chaque jour chez les monomaniaques atteints du délire de persécution dont les idées de haine et de défiance, cédant parfois momentanément aux témoignages d'affection de ceux qu'ils soupçonnent, se portent bien vite d'un individu

sur l'autre, et interprètent dans le sens de leur délire, et avec une persistance toujours nouvelle, les incidents qui semblaient le plus propres à le combattre.

Les stratagèmes ne sont guère plus utiles que les raisonnements pour guérir les monomanies. En vain raconte-t-on à plaisir qu'Alexandre de Tralles guérit une femme qui croyait avoir avalé un serpent en jetant un serpent dans le vase en même temps qu'elle vomissait; que Zacutus rendit la santé à un démonomaniaque en introduisant dans sa chambre et pendant la nuit un individu sous la forme d'un ange qui annonça au malade que Dieu lui avait pardonné; qu'Ambroise Paré guérit un malade qui croyait avoir des grenouilles dans le ventre en plaçant quelques-uns de ces batraciens dans son vase de nuit : ces histoires ne méritent aucune croyance; si dans les cas de cette nature on obtient parfois un répit momentané dans le délire, presque toujours les fausses conceptions reparaissent par une voie détournée. Un malade qui sentait une grenouille dans ses intestins, et que l'on opéra pour extraire l'animal, répéta le lendemain, après un soulagement momentané, qu'il éprouvait les mêmes douleurs, que sans aucun doute l'animal était une femelle dont on avait laissé les petits : les aliénés auxquels on apporte, pour les calmer, des lettres rassurantes et des attestations officielles, éprouvent quelques instants de calme, mais bientôt en arrivent à trouver un nouveau sujet de tourment dans le document qui les avait d'abord tranquillisés.

La voie du stratagème et du raisonnement n'est donc pas une méthode sérieuse de traitement, et il faut résister à la tendance involontaire qu'on éprouve à suivre cette direction.

On doit vis-à-vis des monomaniaques discuter brièvement et procéder surtout par affirmations et par négations vigoureuses, en cherchant moins à les persuader qu'à les émouvoir : au début, il est permis d'accepter leurs idées délirantes, afin de gagner leur confiance et de compléter son

examen médical; mais au bout de quelque temps, il devient nécessaire de les combattre de front, et de donner nettement sa propre appréciation.

Plus tard il importe de recourir à tous les agents moraux qu'indiqueront l'expérience et une connaissance approfondie du caractère et de l'état mental des sujets : l'amour-propre, les sentiments affectifs seront successivement mis en jeu ; on aura recours, selon les circonstances, aux ruses, aux flatteries, aux promesses, aux menaces, à l'intimidation, moyens que Leuret maniait avec tant d'habileté et dont nous avons déjà traité.

La régularité dans les heures du lever, du coucher, des repas et des promenades habitue l'esprit à une certaine discipline ; les voyages, les distractions de toute sorte, la musique, le travail agricole et manuel trouvent surtout ici leurs plus beaux succès.

Quant au traitement physique des monomanies, il doit marcher concurremment avec le traitement moral dont il est l'adjuvant indispensable. Il se basera sur les indications tirées de l'examen minutieux des sujets : la chlorose, l'anémie, la pléthore seront traitées par les moyens appropriés ; contre l'excitation, contre l'insomnie, on emploiera les bains, les antispasmodiques et les narcotiques de toute nature ; les laxatifs, tout en combattant la constipation, constituent une révulsion utile et leur emploi répété donne toujours de bons résultats ; l'hydrothérapie est une ressource précieuse dont nous avons déjà préconisé les avantages. Quant aux dérivatifs, comme le séton, le moxa, le vésicatoire, ils agissent chez le monomaniaque par une véritable révulsion morale : la douleur vive et permanente qu'ils déterminent réveille la sensibilité physique, attire l'attention du malade et amène une sorte de détente dans la concentration intellectuelle qui le domine.

Les règles de traitement applicables à la monomanie hypo-

chondriaque sont, à part quelques nuances, conformes à celles que nous venons d'énoncer : peut-être ici le traitement physique est-il destiné à jouer, au point de vue de la cure, un rôle plus important, car il est très commun de rencontrer chez ces malades de l'anémie, de la dyspepsie, des vertiges nerveux, des dispositions hémorrhoïdaires qui retentissent d'une manière fâcheuse sur l'état mental, et vers lesquels le médecin doit diriger les premiers moyens thérapeutiques. La direction morale des hypochondriaques doit peu différer de celle que l'on emploie vis-à-vis des autres aliénés. Si l'on veut gagner leur confiance, il faut savoir les écouter et ne jamais oublier qu'ils éprouvent bien réellement les malaises et les douleurs dont ils font un interminable récit : loin de chercher à leur persuader qu'ils ne sont pas malades, ce qui les irrite et les décourage, il faut accepter une partie de leurs plaintes, les traiter sérieusement, relever leur moral et arriver graduellement à leur faire constater une amélioration. Cette tactique ne réussit guère que dans les cas peu graves, car l'hypochondrie invétérée est un délire d'une ténacité désespérante.

CHAPITRE V.

DE LA DÉMENCE.

Definition. — Causes. — Symptômes, 1re période, 2e période, 3e période. — Marche et pronostic. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — Traitement.

§ 1er — Définition.

Esquirol avait défini la démence (1) : une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre, et chronique, caractérisée

(1) Tome II, p. 219.

par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté.

Cette définition peut être conservée, mais pour éviter toute confusion, il est utile de rappeler qu'Esquirol, tout en séparant bien nettement l'idiotie et la démence confondues par Pinel, appelait encore du nom de démence aiguë l'état que nous avons décrit sous le nom de *mélancolie avec stupeur*, état dans lequel il y a non pas *affaiblissement* incurable, mais *oppression* momentanée des forces intellectuelles qui peuvent, après la guérison, retrouver toute leur énergie. Le Code désigne sous le nom de *démence*, non l'affaiblissement intellectuel, mais tout état mental qui enlève à un individu son libre arbitre.

La démence s'observe consécutivement à la plupart des affections organiques du cerveau, quelle que soit leur nature; mais nous ne traiterons qu'incidemment et à propos du diagnostic de cette variété appelée *démence symptomatique*, pour nous occuper plus spécialement de la démence consécutive aux vésanies, ou démence simple, qui est plutôt une période terminale qu'une forme particulière de la folie.

§ 2. — Causes.

Rien n'est absolu dans le mode et l'époque de développement de la démence : certains aliénés conservent pendant de longues périodes toute l'énergie de leurs facultés intellectuelles délirantes, tandis que chez d'autres, une ou deux années suffisent pour amener leur affaiblissement : la cause de cette inégalité réside dans certaines circonstances, dont quelques-unes peuvent être utiles à connaître au point de vue de la médecine préventive, mais dont beaucoup aussi échappent à toute action médicale.

1° L'âge avancé des sujets facilite le développement de la démence, alors même qu'il n'existe aucune autre complication. J'ai vu guérir en deux mois un accès de mélancolie

chez une dame de soixante-quinze ans, mais ces faits sont rares, et pour peu que la maladie se prolonge, l'affaiblissement sénile, qui est une des lois de l'évolution de l'intelligence, ne tarde pas à survenir et à lui imprimer le cachet de l'incurabilité.

2° Il faut tenir grand compte du degré d'intelligence des aliénés. Une tête bien organisée, bien douée, résistera plus longtemps qu'une autre, et aura plus de chances pour retrouver, même après un long accès, toute l'énergie de ses facultés. Les imbéciles tombent vite en démence ; chez eux, un accès même peu intense, suffit pour anéantir les minimes ressources dont ils peuvent disposer.

3° Les mauvais traitements, une alimentation insuffisante, des conditions hygiéniques défavorables accélèrent l'arrivée de la démence. Il en est de même de toutes les causes débilitantes, et surtout des émissions sanguines exagérées. L'onanisme, dont nous avons déjà signalé la pernicieuse influence, lorsqu'il se produit avec persistance pendant le cours d'une maladie mentale, lui imprime une gravité inaccoutumée, en abaissant le niveau des facultés intellectuelles.

4° Nous avons démontré que la grossesse et l'allaitement, loin d'exercer une heureuse action sur la marche de la folie, favorisaient le développement de la démence en contribuant à épuiser les malades : les faits de ce genre sont maintenant assez fréquents et assez bien constatés pour ne plus laisser la moindre prise au doute.

5° L'épilepsie et surtout le vertige épileptique, lorsqu'ils sont associés à la folie, permettent de pronostiquer à coup sûr l'incurabilité et la démence.

§ 2. — Symptômes.

Première période. — La démence à son début s'annonce par de simples nuances parfois difficiles et délicates à saisir. La forme primitive de la maladie mentale s'altère, et l'on

voit disparaître, s'il s'agit d'un maniaque ou d'un mélancolique, le fonds d'expansion ou de dépression sur lequel s'étaient développées les idées délirantes. Ces idées elles-mêmes, et ceci s'observe surtout chez les monomaniaques, deviennent moins accentuées, moins coordonnées, moins logiques ; les malades n'inventent plus rien, ils répètent les mêmes pensées, les mêmes mots, les mêmes phrases, et leurs hallucinations sont vagues, confuses et trop peu distinctes pour entraîner leur conviction ; les angles de leur caractère s'émoussent, ils se laissent plus facilement gouverner, et leur haine ainsi que leurs affections perdent de leur énergie première pour faire place à l'apathie et à l'indifférence : leur mémoire, intacte pour les anciens souvenirs, s'affaiblit chaque jour pour les faits récents ; ces symptômes peu sensibles à un examen superficiel, sont bien appréciés par ceux qui vivent constamment avec les malades et sont chargés de leur direction.

Quelques aliénés dont l'intelligence commence à s'affaiblir soutiennent encore assez bien une conversation peu longue, mais ils se fatiguent promptement, et au bout d'un quart d'heure ou même d'un espace de temps plus court, ils perdent le fil de leurs idées, oublient ce qu'ils ont dit un instant auparavant, et deviennent incohérents. Viennent-ils à écrire, les premières lignes sont convenables, mais les autres présentent bien vite la même dissociation des idées, plus vite même que dans la conversation ; aussi ces deux modes d'examen sont-ils indispensables pour le diagnostic.

Par une conséquence naturelle de leur débilité intellectuelle, ces malades sont insouciants, imprévoyants, puérils, dans leurs désirs et dans leurs projets, oublieux des plus simples convenances, négligés dans leur tenue dans leurs allures. Leurs sentiments affectifs s'affaiblissent, ils deviennent indifférents pour les personnes qui leur étaient les plus chères, les quittent sans peine et les reçoivent, même après

une longue absence, comme s'ils les avaient vues la veille.

2° Au second degré tous ces symptômes se prononcent davantage : les malades oublient ce qu'ils ont fait quelques jours ou quelques heures auparavant ; ils n'ont plus qu'une conscience imparfaite du temps, des distances et des lieux, et finissent par perdre la notion exacte des incidents qui les touchent le plus près, de leur fortune, de leurs relations, des membres de leur famille, de la situation où ils se trouvent. Cherche-t-on à leur imposer quelque travail, ils viendront sans peine à bout d'une tâche purement mécanique ; mais si l'on exige d'eux du jugement, de la réflexion, de l'initiative, l'œuvre qu'ils produiront sera mal faite, et contiendra de grossières erreurs ; c'est ainsi que, dans les ateliers des asiles, on réserve pour les sujets en démence les travaux élémentaires qu'ils exécutent machinalement et toujours de la même façon. Chez quelques-uns cependant la mémoire ne semble atteinte que partiellement, et par un contraste saisissant, certaines facultés restent intactes au milieu de la dégradation générale de l'intelligence : on ne voit pas sans étonnement, dit M. Calmeil (1), des malades jouer aux dominos, aux dames, aux échecs, prévoir et calculer habilement toutes les combinaisons de ces jeux difficiles, tandis qu'ils ne sauraient indiquer leur ancienne profession, le lieu où ils habitaient la veille. Georget a vu une dame aliénée depuis trois ans ayant conservé le talent de la musique et oublié celui du dessin qu'elle avait cultivé à un égal degré.

A mesure que la mémoire s'affaiblit, l'incohérence augmente, et elle porte d'abord sur l'enchaînement des idées. Voici un exemple de ce premier degré que j'emprunte à M. Parchappe (2) :

« *Lettre d'un médecin à sa femme.* — Ma chère amie, j'ai

(1) Calmeil, *Dictionnaire* en 30 vol., art. DÉMENCE, p. 76.

(2) *Symptomatologie de la folie* (*Ann. méd.-psych.*, 1851).

reçu ta dernière lettre il y a quelques jours. Je l'ai lue plusieurs fois et j'y ai vu avec plaisir une petite tirade fort bien faite qui m'a conduit à la jeter aux passants par-dessus le mur... Moi, je contemple le bleu firmament et les nues selon que le jour est serein ou bien nébuleux. Je prie Dieu de tuer mes ennemis ni plus ni moins, et je pense ensuite aux diables de l'enfer. Je te salue et j'engage mon fils à être obéissant, pieux, laborieux, et à vaincre chaque jour leurs passions. »

A un degré plus avancé, et après avoir présenté une foule de nuances, l'incohérence passe des idées aux mots : la phrase n'est même plus construite ; les paroles se succèdent sans suite et comme au hasard et indiquent le vide absolu de la pensée. Comme type de cette démence incohérente, je transcris ici quelques lignes écrites sous la dictée d'un malade de Bicêtre :

« Je puis créer Jumièges pour qu'ils sachent lire le camphre dans toutes les situations de la vie ; la femme ivre qui accouche du néflier et de l'écureuil en ramonant les cheminées et d'une très nombreuse fortune. Je suis l'auteur de trois gibecières; vous mourriez littéralement de faim si vous aviez un chien enragé dont nous fîmes un gros caillou. »

Chez quelques-uns de ces derniers, les intonations sont si variées, si naturelles, et ressemblent tellement aux intonations habituelles d'une conversation sensée, qu'il semble que le désordre des mots est plus grand encore que le désordre des idées, et qu'il y a manque de concordance entre la pensée et son expression ; derrière les phrases les plus étranges on croit deviner, au geste, à l'accentuation, une pensée, un sentiment, une intention.

Dans tous ces cas, l'incohérence ne résulte pas, comme chez le maniaque, d'une succession tumultueuse d'idées qui se pressent et s'enchevêtrent sans pouvoir fixer l'attention pendant un temps suffisant, elle tient uniquement à la

dissociation de l'intelligence, à l'affaiblissement du jugement et de la mémoire. Quant aux idées elles-mêmes, elles deviennent niaises, enfantines, ridicules, sans portée, et portent l'empreinte d'une profonde débilité intellectuelle.

Au milieu de tous ces symptômes, les malades conservent encore un reflet éloigné de la forme primitive de leur délire. Quelques maniaques en démence ont souvent de l'agitation, quelques mélancoliques offrent encore de l'immobilité, de l'apathie et des débris, même reconnaissables, d'idées délirantes de nature triste; enfin, on voit chez d'anciens monomaniaques prédominer certaines préoccupations qui, au début de la maladie, lui avaient donné son cachet spécial. C'est ainsi que les idées religieuses, ambitieuses, érotiques, que les craintes de persécution, les illusions et les hallucinations ne s'effacent qu'à la longue et en proportion du degré d'usure intellectuelle. Chez un hypochondriaque tombé en démence depuis longues années, j'ai constaté jusqu'au dernier moment des préoccupations maladives relativement à une douleur de jambe qui avait joué un grand rôle au début de l'hypochondrie et sur laquelle le malade revenait sans cesse. Ces divers états constituent ce qu'on a appelé les formes mixtes ou associées de la folie : manie avec démence, mélancolie avec démence, monomanie avec démence.

A la longue, les déments prennent des allures particulières; ils restent indifférents, apathiques, n'ont plus d'énergie ni de spontanéité et se laissent aller à toutes les excitations venues du dehors; le regard s'éteint, le facies prend une expression particulière de niaiserie et d'hébétude. Ils oublient leurs affections les plus tendres et les sentiments les plus élémentaires de pudeur, deviennent obscènes, malpropres, laissent parfois aller involontairement l'urine et les matières fécales, s'en barbouillent à plaisir, ramassent toutes les ordures qui leur tombent sous la main, en remplissent leurs chambres, leurs meubles, leurs vêtements, ou se les in-

troduisent dans les narines, dans la bouche, dans le conduit auditif.

Presque tous ont un tic, une manie, une habitude; les uns passent des journées entières immobiles dans le coin d'une cour; les autres se promènent sans relâche dans une allée de jardin, dans un endroit qu'ils ont choisi et dont ils ne s'écartent jamais. Celui-ci se balance sur son siége d'une manière uniforme, celui-là s'écorche jusqu'au sang les doigts, le front, la figure, sans éprouver la moindre douleur; il en est qui affectent certaines grimaces, certaines attitudes. J'ai sous les yeux depuis plusieurs années un malade en démence qui, soit en mangeant, soit en marchant, soit en parlant, porte la tête fortement renversée en arrière, sans qu'aucune cause ait jamais pu le décider à la baisser un seul instant.

Il ne faut pas croire qu'à ce degré l'état mental des déments soit parfaitement monotone et inoffensif, et se borne à une passivité complète. Quelques-uns cherchent à voler et à détruire les objets qui sont à leur portée, d'autres mettent le feu sans avoir conscience du danger qu'ils font courir aux autres et à eux-mêmes. Il en est enfin qui, sous l'influence d'une contrariété, d'un accès de colère, éprouvent des impulsions de fureur irrésistible pendant lesquelles ils frappent et mettent en pièces tout ce qui est à leur portée : chaque malade constitue sous ce rapport une individualité morbide dont l'expérience seule apprend à connaître les particularités.

Quant aux fonctions organiques, elles s'exécutent en général d'une manière régulière. Les déments mangent avec voracité, digèrent et assimilent parfaitement, et prennent presque tous de l'embonpoint. Les femmes sont bien menstruées, et il est clair que l'économie ne réagit plus contre cet état intellectuel devenu pour ainsi dire physiologique.

Arrivés à la *troisième période*, les déments sont réduits

à la vie purement animale. Ils prononcent à peine quelques mots inarticulés, ou même ont complétement perdu l'habitude de la parole; ils sont gâteux, ils entendent, voient, sentent sans pouvoir juger leurs impressions, n'ont aucune conscience du lieu où ils se trouvent et du temps écoulé, oublient l'existence de leurs enfants et ne savent même plus leur propre nom; ne conservant aucune trace de l'instinct de la conservation, ils sont incapables de pourvoir à leurs besoins les plus élémentaires, et se laisseraient mourir de faim si l'on ne suppléait à leur nullité intellectuelle.

§ 4. — Marche et pronostic.

La marche de la démence est toujours lente, quelque défavorables que soient d'ailleurs toutes les conditions. Souvent, d'une année à l'autre, la maladie n'a progressé que d'une manière peu appréciable, et certains sujets n'arrivent jamais à la troisième période que l'on n'observe guère que dans les démences compliquées d'affections convulsives, ou chez des individus complétement dénués de soins moraux et hygiéniques. Les moments de paroxysmes n'influent que médiocrement sur les progrès de l'affaiblissement intellectuel, il en estde même des alternatives d'excitation et de stupeur. Quant aux émotions très vives, celles, par exemple, qui résultent de la frayeur, de la joie, de la vue inattendue d'une personne chère, on les voit, même quand la démence est assez avancée, provoquer des lueurs de raison et réveiller momentanément des souvenirs et des sentiments assoupis; mais ce sont là des améliorations passagères qui ne changent en rien la marche essentiellement progressive de la maladie.

C'est qu'en effet la démence bien constatée est incurable : en dirigeant les malades avec intelligence, en exerçant autant que possible leur corps et leur esprit, on parvient à

les maintenir dans un état stationnaire qui enlève à la maladie ses aspects les plus pénibles, mais là doivent se borner les espérances du médecin. La démence d'ailleurs ne compromet pas la vie ; loin de là, la régularité de la vie organique, l'absence d'émotions, la disparition des accidents aigus de la folie, assurent en moyenne à ces aliénés une existence assez longue.

Ceux qui succombent sont emportés par des pneumonies, des tubercules pulmonaires, des diarrhées chroniques, ou par quelque affection intercurrente, remarquable dans la plupart des cas par sa marche latente, et par le peu de réaction qu'elle détermine dans l'économie.

§ 5. — Anatomie pathologique.

A l'autopsie des malades qui succombent après un état de démence prolongé (et ici je laisse de côté tous les cas de démence symptomatique d'une lésion organique du cerveau, apoplexie ou ramollissement), souvent on constate, outre les lésions viscérales qui ont déterminé la mort, une altération dont l'existence a été rigoureusement démontrée par les belles recherches de M. Parchappe (1), et qui doit être regardée comme à peu près constante, malgré de grandes variations individuelles : c'est l'atrophie de l'encéphale, et une atrophie indépendante de l'âge des sujets et toujours proportionnelle au degré d'affaiblissement de l'intelligence.

Cette atrophie peut être considérée : 1° dans l'encéphale ; 2° dans le cerveau ; 3° dans la couche corticale.

1° Le poids de l'encéphale dans la folie aiguë étant pris pour terme de comparaison, si l'on en rapproche les moyennes du poids de l'encéphale tout entier dans la folie chronique, on trouve une différence en moins de 89 grammes pour les hommes et de 85 grammes pour les femmes dans

(1) *Traité de la folie*, 1841, p. 143 et 348.

la folie chronique ; de 152 grammes pour les hommes et de 135 grammes pour les femmes dans le dernier degré de la folie chronique.

2° Dans une autre série d'observations, M. Parchappe ayant tenu compte uniquement du poids du cerveau, après l'avoir isolé du cervelet, de la moelle allongée et de la protubérance, a trouvé, en prenant toujours pour terme de comparaison le cerveau dans la folie aiguë, que les différences s'élevaient à 147 grammes pour les hommes et à 145 grammes pour les femmes dans la folie chronique ; à 151 grammes pour les hommes et à 168 grammes pour les femmes dans le dernier degré de la folie chronique. Ainsi le poids du cerveau, isolé des autres parties de l'encéphale, subit un décroissement plus considérable que celui qui a été constaté pour l'encéphale tout entier.

3° Enfin, dans le cerveau lui-même l'atrophie est habituellement partielle ; « elle porte plus souvent sur les deux tiers antérieurs des hémisphères, souvent sur le quart antérieur, quelquefois sur quelques circonvolutions seulement des lobes antérieurs ou de la région syncipitale. Il résulte de là que l'atrophie peut exister dans un cerveau dont le poids est néanmoins ordinaire ou même considérable. »

Voici les caractères assignés par le même auteur à cette atrophie des circonvolutions (1) :

« Les circonvolutions sont amincies ; elles ont moins de hauteur du fond de l'anfractuosité à leur bord libre. La surface de ce bord libre, étroite, offre souvent des dépressions. Les anfractuosités, moins profondes, ont plus de largeur et sont comme béantes ; quand l'altération est très prononcée, les anfractuosités n'existent réellement plus et ne sont qu'indiquées par des sillons, des dépressions superficielles. Les circonvolutions ne sont plus que des bosselures.

(1) *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 2e mémoire, 1838, p. 105 et 106.

» Cette altération dans les lobes antérieurs modifie leur forme générale et les rend plus étroits, plus courts, plus pointus.

» La diminution de volume paraît s'opérer à la fois aux dépens de la substance blanche et de la substance grise; cependant elle paraît relativement plus considérable dans la couche corticale que dans les fibres blanches.

» J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater une atrophie partielle de la couche corticale, atrophie qui, dans certains points, avait assez diminué l'épaisseur de la couche corticale pour que la substance blanche apparût par transparence au travers de cette couche. Dans d'autres points, la couche corticale avait complétement disparu et la substance blanche était à nu. »

Outre ces altérations, j'ai constaté au microscope l'atrophie et la déformation des tubes nerveux, la destruction et la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses dont les connexions se trouvent rompues; mais ces lésions ne sont pas constantes, et jusqu'ici il n'existe pas plus pour la démence que pour la folie aiguë, une altération essentielle et caractéristique à laquelle puissent se rattacher les symptômes observés pendant la vie. Quelquefois même on ne trouve à l'autopsie des déments que des lésions tout à fait insignifiantes. Cependant, ainsi que l'a fait remarquer M. Parchappe, tandis que dans la folie aiguë les altérations dominantes sont des formes de l'hypérémie cérébrale, dans la démence on trouve principalement la décoloration de la couche corticale, l'induration des deux substances et enfin l'atrophie des circonvolutions qui exprime un mouvement de la force plastique contraire à celui que représente l'hypérémie active.

Cette atrophie est-elle la cause de la démence, en est-elle le résultat? Nous nous contentons de poser la question, laissant deviner toutes les controverses auxquelles elle peut donner lieu.

§ 6. — Diagnostic.

La démence étant toujours incurable, il est important de pouvoir la distinguer d'autres états morbides qui la simulent, mais sans avoir sa gravité.

1° Nous ne reviendrons pas ici sur le diagnostic souvent très délicat des premiers symptômes de la démence. Chez un maniaque, un mélancolique, ou un monomaniaque, il s'agit, au début du moins, de simples nuances qui exigent du médecin une sage temporisation, car elles ne prennent que lentement et au bout d'un temps parfois très long, un aspect nettement caractérisé.

2° Le diagnostic différentiel de la démence simple et de la *paralysie générale* à son début se fera d'une manière plus complète lorsque nous étudierons cette dernière maladie. Indiquons seulement les points suivants : la démence paralytique s'accompagne d'embarras dans la parole, de troubles dans la motilité des membres, d'idées ambitieuses; rien de semblable dans la démence simple qui n'offre pas d'autre symptôme que l'affaiblissement de la mémoire et des facultés, avec intégrité des mouvements et sans idées délirantes nouvelles. La démence simple est toujours consécutive à un état de folie plus ou moins longtemps prolongé; la démence paralytique survient d'emblée et sans troubles intellectuels antérieurs, à tel point qu'un affaiblissement notable de l'intelligence qui se développe primitivement doit toujours, même en l'absence de troubles appréciables de la motilité, éveiller l'idée d'une paralysie générale commençante.

3° Il sera toujours facile de séparer la démence simple de la *stupeur mélancolique*. Dans cette dernière maladie, l'invasion rapide des symptômes, le facies des malades, leur attitude caractéristique, les paroles qui leur échappent et qui révèlent l'existence d'un délire mélancolique caché sous la stupeur, enfin la terminaison heureuse de la maladie, tout

tend à éloigner l'idée d'un affaiblissement intellectuel. Mais quand la stupeur devient chronique, quand les malades restent pendant des mois ou même des années entières dans le mutisme et l'immobilité, le doute doit survenir, car il peut arriver que la transition vers la démence se fasse d'une manière latente pour ainsi dire, et sans se manifester au dehors par les symptômes habituels : on est en droit de supposer la démence quand cet état s'est prolongé pendant plusieurs années; on l'affirmera lorsque, épiant le réveil de ces malades et observant leurs paroles, leurs gestes, leurs allures, on aura constaté qu'ils ne montrent ni curiosité, ni étonnement; qu'ils ne cherchent pas à se rendre compte de leur situation, de l'endroit où ils se trouvent, de ce qui s'est passé pendant leur sommeil intellectuel; que leurs idées sont peu suivies, peu logiques, et que chez eux la mémoire a beaucoup perdu de sa force.

Outre les cas bien accusés de stupidité mélancolique, on rencontre dans le cours de certaines affections mentales irrégulières et à marche chronique, des périodes de stupeur légère pendant lesquelles les malades se montrent silencieux, inertes, apathiques; cet état qui peut se prolonger pendant plusieurs mois, éveille d'autant plus facilement l'idée de la démence que la durée déjà longue de la maladie première permet de l'admettre logiquement, et ce n'est pas sans étonnement que l'on voit parfois ces sujets se réveiller au bout de plusieurs mois, pour montrer une activité intellectuelle délirante que l'on n'aurait jamais soupçonnée chez eux. Le brusque développement de cet affaissement intellectuel et sa disparition non moins rapide peuvent seuls mettre sur la voie d'un diagnostic impossible pour celui qui n'a pas suivi de près tout l'enchaînement des symptômes, et qui n'examine le malade qu'une fois en passant.

4° Certains faits d'*hypochondrie intellectuelle* peuvent simuler la démence : des sujets névropathiques viennent se

plaindre de leur mémoire qui devient infidèle, de leur jugement qui a perdu de sa sûreté, le moindre travail les fatigue, leur esprit est comme obscurci et ils se sentent au-dessous d'eux-mêmes. Mais il est bien rare, sauf au début de quelques paralysies générales à forme non délirante, que la démence ait ainsi conscience d'elle-même; et d'ailleurs, en examinant ces malades, en les stimulant vigoureusement, on les voit se débattre, faire preuve d'énergie, et l'on retrouve en eux un ensemble de préoccupations hypochondriaques, qui s'étendent non-seulement à leur état intellectuel, mais encore à toutes leurs fonctions.

5° Enfin j'ai observé à la suite d'hémorrhagies abondantes, d'accouchements suivis de pertes de sang considérables chez des femmes déjà épuisées, un état particulier d'hébétude et d'affaiblissement intellectuel qu'il ne faut pas confondre avec la démence : les malades, calmes, mais hébétées, incapables de s'habiller, de vaquer aux soins de leur ménage, disaient des niaiseries, répondaient de travers à toutes les questions, ignoraient leur propre nom, celui de leurs enfants, et semblaient avoir tout oublié. Ces accidents surviennent subitement, et l'on trouve toujours une relation étiologique intime entre leur production rapide et les pertes de sang subies par les malades. De plus, la connaissance des antécédents, l'invasion subite des symptômes, l'aspect anémique des sujets, enfin leur prompte guérison sous l'influence d'un traitement tonique et reconstituant, établissent une ligne de démarcation bien tranchée entre la démence et cet état d'ailleurs assez rare.

Je me contente d'indiquer ici l'affaiblissement intellectuel consécutif à la fièvre typhoïde et à l'onanisme, car ces deux points ont été déjà traités.

6° Quant à la démence dite *sénile* qui survient, dit-on, chez les vieillards par suite des progrès de l'âge, et que l'on s'efforce de distinguer de la démence simple, elle n'existe

pas à titre de maladie essentielle, et c'est en vain que l'on a tenté d'en faire une espèce nosologique. Les cas de démence sénile sont ou des paralysies générales de vieillards, méconnues en raison de leur symptomatologie incomplète, mais laissant voir à l'autopsie un ramollissement superficiel de la couche corticale avec adhérences des méninges, ou des vésanies, manie, mélancolie, monomanie, se terminant en quelques semaines par la démence, en raison de l'âge avancé des sujets; ou, ce qui est bien plus commun encore, des apoplexies, des ramollissements incomplétement cicatrisés et ayant jeté dans la nutrition de l'encéphale une grande perturbation : dans ces derniers cas, tant que la lésion reste circonscrite aux parties centrales, comme les corps striés, les couches optiques ou le centre ovale, la motilité seule est atteinte, mais bientôt la couche grise, organe des fonctions intellectuelles, finit par s'altérer et par s'atrophier; ou elle est ramollie et désorganisée, ou elle offre des altérations de structure importantes : rugueuse et dépolie à la surface, d'une couleur jaune ambrée, mince et atrophiée, elle présente au microscope une disparition plus ou moins complète des cellules nerveuses qui sont, ainsi que les tubes nerveux, envahies par des granulations graisseuses. Ces dernières lésions ne font jamais défaut chez ceux qui, pendant leur vie, ont offert des symptômes de démence associés à des hémiplégies plus ou moins complètes. En remontant d'ailleurs dans les antécédents trop souvent oubliés de ces malades, on apprend qu'ils ont eu plusieurs mois, plusieurs années avant les premiers symptômes de démence, des coups de sang qui se sont accompagnées d'hémiplégies variables par leur durée et leur intensité; bientôt l'intelligence s'est affaiblie consécutivement, la mémoire a perdu sa sûreté, le caractère est devenu violent, irritable, et l'excitation incohérente; l'insomnie, l'agitation nocturne, les pleurs sans motif sont venus compléter cet état morbide dont le point

de départ est toujours facile à saisir à l'aide d'une enquête bien suivie.

§ 7. — Traitement.

La démence ne comporte pas de traitement efficace; on retarde son développement en donnant une bonne direction aux malades incurables, en surveillant leur hygiène, en évitant de les débiliter, en exerçant leurs facultés à l'aide de travaux physiques et intellectuels compatibles avec leur état de santé; lorsque, malgré ces précautions, un aliéné semble offrir moins de réaction et s'affaisse d'une manière sensible sans que sa santé physique soit compromise, il peut être utile de recourir à un révulsif énergique, comme le cautère, le moxa ou le séton placé à la nuque : ces moyens puissants retardent quelquefois ou même entravent les premiers symptômes de démence, mais bien souvent ils restent insuffisants, et il ne reste plus qu'à mettre en application, vis-à-vis de ces malades incurables, les principes généraux d'hygiène et de surveillance que nous avons exposés précédemment.

CHAPITRE VI.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Historique. — Définition. — Description : période prodromique; période de début et ses quatre variétés : expansive, mélancolique, paralytique et congestive; période moyenne; période terminale. — Durée. — Rémittences. — Marche aiguë. — Complications : congestions cérébrales, tumeurs sanguines de l'oreille. — Anatomie pathologique. — Fréquence. — Causes prédisposantes : hérédité, âge, sexe, climat; causes occasionnelles : travaux intellectuels, émotions morales, pellagre, syphilis, plomb, alcool. — Diagnostic. — Traitement.

§ 1er. — Historique.

La paralysie générale des aliénés, ou *folie paralytique*, n'est connue et décrite comme maladie distincte que depuis une

quarantaine d'années, et cependant, sous le rapport des symptômes, de la marche et de l'anatomie pathologique, c'est une des formes les mieux caractérisées de la pathologie mentale ; c'est également l'une des plus fréquentes, car partout les asiles sont encombrés de ces malades voués dès le début à une incurabilité presque certaine. Aussi l'on se demanderait chaque jour avec étonnement comment une semblable affection a échappé si longtemps à l'attention des médecins, si l'on ne savait qu'il en a été ainsi de toutes les découvertes nouvelles, près desquelles on a passé pendant des siècles jusqu'à ce qu'un observateur plus habile les ait le premier signalées.

Haslam, le premier, dans son livre sur la folie et la mélancolie publié à Londres en 1798, parle de la fréquence de la folie comme cause des affections paralytiques : il remarque que ces malades ont des idées d'orgueil, qu'ils sont incurables, qu'ils tombent dans l'imbécillité et le marasme, et meurent subitement d'apoplexie.

Esquirol, dès 1805, signale l'incurabilité de la folie compliquée de paralysie. Dans son mémoire sur la démence (1814) il envisage toujours la paralysie comme une complication de la folie et non comme une affection distincte. Quant à la description plus complète que l'on retrouve dans ses œuvres (1838), elle est postérieure aux travaux de Delaye, de Bayle, de M. Calmeil.

Georget conserve la même doctrine. Pour lui, la paralysie est consécutive à la folie : « le cerveau, d'abord affecté presque exclusivement comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent nerveux : de là les paralysies fréquentes chez les aliénés (1), » et ailleurs : « le plus ordinairement, c'est dans la démence, lorsque la maladie fait des progrès en mal, que les muscles se paralysent (2). »

(1) *De la folie*, Paris, 1820, p. 213.
(2) *Loc. cit.*, p. 131.

Bayle, en 1822 (1), admet le premier que le dérangement des facultés intellectuelles et la paralysie marchent d'un pas égal et proportionnel, il les attribue à l'inflammation chronique de l'arachnoïde, signale les rapports de la congestion et de la paralysie, et, d'après six observations, donne une description exacte et complète de la maladie qu'il appelle *arachnitis chronique*, et qu'il divise en trois périodes.

Deux ans après, M. Delaye, dans sa thèse inaugurale : *Sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés* (1824), décrit cette affection comme une maladie à part et la sépare de la folie ; il constate qu'elle n'est pas tout à fait exclusive aux aliénés; il décrit sa marche, fait voir qu'elle débute par la faiblesse et la perte de la mémoire, la regarde comme incurable et lui attribue comme cause organique le ramollissement, l'endurcissement ou l'atrophie du cerveau avec adhérence des méninges.

Bayle, dans un second travail publié en 1825 (2), et plus tard dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* (1826), revient sur ses premières recherches et les complète : il établit la connexion du délire des grandeurs et de la paralysie générale, et admet dans la maladie les trois périodes suivantes : 1° congestion, monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète; 2° manie, inflammation des méninges; 3° démence avec paralysie générale plus marquée due à l'exhalation séreuse, et de plus un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles avec mouvements convulsifs et attaques épileptiformes. L'inflammation chronique des méninges est, au point de vue anatomo-pathologique, le caractère essentiel de la maladie. Généralisant outre mesure cette doctrine, Bayle essaye de rattacher à la méningite, non-seulement la paralysie générale, mais encore toutes les maladies mentales.

(1) *Thèse sur l'arachnitis.*

(2) *Nouvelle doctrine des maladies mentales.*

En 1826, M. Calmeil (1) décrit la maladie d'une manière complète et établit que la lésion anatomique principale n'était pas l'inflammation des méninges et sa réaction sur la couche corticale, comme l'avait soutenu Bayle, mais l'inflammation de la couche corticale elle-même; que la paralysie n'était pas due à la compression exercée par l'épanchement séreux sur le cerveau, mais à la désorganisation de la couche grise elle-même. L'ouvrage de M. Calmeil marque une date importante dans l'histoire de la paralysie générale; il est à remarquer toutefois que l'auteur trouve les altérations anatomiques insuffisantes pour expliquer la maladie, qu'il ne les regarde pas comme constantes, et qu'il admet, outre la lésion des couches corticales, une modification identique du cerveau qui doit exister, bien qu'il n'ait pu l'apprécier (2).

Enfin M. Parchappe (3) formule de la manière suivante sa doctrine sur la paralysie générale : « Il existe une espèce de folie dans laquelle il y a lésion simultanée de l'intelligence et de la motilité; qui a une marche généralement aiguë, quoiqu'elle puisse passer à l'état chronique; qui a une terminaison constamment fâcheuse, et avec laquelle coexistent dans l'encéphale plusieurs altérations pathologiques parmi lesquelles il en est une constante, pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale... » Si l'on ajoute à ces caractères ceux qui peuvent être déduits de la nature des symptômes, on obtiendra un ensemble de caractères différentiels plus que suffisants pour fonder une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres qu'on peut appeler folie paralytique. »

Ces divers travaux ont définitivement constitué la paralysie générale comme entité morbide et lui ont donné une

(1) *De la paralysie considérée chez les aliénés.*

(2) Pages 415, 416, *Conclusions.*

(3) *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838, p. 160 et 146.

place assurée dans le cadre nosologique, mais bien des points secondaires ont été depuis discutés et élucidés. En 1846, M. Baillarger (1) cherche à démontrer que chez les paralytiques aliénés, les lésions du mouvement et surtout l'embarras de la parole précèdent le plus souvent les symptômes de délire. Il regarde la maladie comme n'étant ni une complication de la folie, ni une forme particulière d'aliénation mentale, mais comme une maladie spéciale et indépendante, ayant pour caractère essentiel la lésion des mouvements, pouvant se compliquer d'une aliénation mentale secondaire, mais pouvant aussi exister seule. La même année, Requin (2) attaqua le nom de paralysie générale des aliénés et se basant sur la double tendance de la maladie à se généraliser et à progresser, et sur sa nature inflammatoire, il en fit une espèce spéciale d'encéphalite chronique à laquelle il reconnaissait deux formes, l'une accompagnée d'aliénation, l'autre sans aliénation. M. Lunier, à son tour, défendant l'opinion émise par M. Baillarger et par Requin publia plusieurs observations de paralysie générale sans aliénation (3).

Nous aurons occasion de revenir plus tard sur ces points contestés et de rappeler comment MM. J. Falret, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont et récemment encore M. Calmeil dans un ouvrage admirable par le choix et la précision des observations (4) ont contribué à élucider les points les plus difficiles de l'histoire de la paralysie générale. Disons seulement par avance et pour donner plus de clarté à notre description, que nous regardons la paralysie générale comme une maladie une et identique, constituée par quatre éléments distincts associés entre eux : 1° des troubles de la motilité; 2° de l'affaiblissement intellectuel; 3° du

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1847, p. 343.

(2) *Éléments de pathologie*, t. II, p. 90.

(3) *Ann. méd.-psychol.*, 1849.

(4) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, 2 vol. in-8°.

délire qui, dans la majorité des cas, est caractérisé par de l'excitation et des idées ambitieuses, mais qui peut être aussi simplement maniaque, mélancolique ou hypochondriaque et fait très rarement défaut ; 4° une lésion organique constante, l'adhérence des méninges à la couche corticale des circonvolutions.

§ 2. — Définition.

Nous définirons donc la paralysie générale : une affection caractérisée anatomiquement par les adhérences des méninges et une congestion chronique de la substance corticale, et symptomatiquement par des troubles de la motilité, de la démence, et un délire variable mais souvent de nature ambitieuse.

C'est la même maladie que M. Parchappe appelle *folie paralytique*, que M. Calmeil désigne sous le nom de *périencéphalite chronique diffuse*, que Bayle appelait *méningite chronique avec aliénation*.

§ 3 — Description.

Nous distinguerons dans la paralysie générale une période prodromique, une période de début dont la symptomatologie est très variée, une période moyenne et une période terminale.

Période prodromique.

Plusieurs mois avant l'invasion de la paralysie générale, on voit se manifester des changements de caractère, d'habitudes, qui étonnent singulièrement et dont on recherche vainement la cause. Tantôt c'est une irritabilité qui se traduit par des violences et que réveille la cause la plus futile; tantôt, au contraire, une placidité, une apathie qui rendent impossible toute occupation sérieuse, ou bien des perversions des facultés morales et affectives qui, sans empêcher

les sujets de s'acquitter de leurs fonctions, amènent des actes d'indélicatesse, d'improbité, de débauche, que nul antécédent ne faisait prévoir, et sur lesquels M. Brierre de Boismont (1) a justement appelé l'attention des médecins. Les familles s'affligent de ce changement, cherchent à réparer les scandales commis, et ne comprennent la valeur de ces modifications de l'état moral que lorsque la maladie a pris une tournure plus accentuée et est entrée dans sa première période.

Période de début.

Cette première période s'annonce d'une manière très variable, et il est vraiment digne d'intérêt de voir la paralysie générale qui, arrivée à son développement complet, offre un appareil symptomatique assez uniforme, se révéler à son début par les aspects les plus opposés. A l'exemple de MM. Jules Falret (2) et Linas qui ont élucidé ce point avec une grande netteté, nous admettons que la paralysie générale présente à ses débuts quatre variétés de marche bien distinctes, deux dans lesquelles prédominent les symptômes physiques, variété paralytique et variété congestive, et deux qui sont surtout caractérisées par des troubles intellectuels, variété expansive et variété mélancolique. La forme expansive avec délire ambitieux est sans doute la plus fréquente, mais elle n'est pas spécifique comme Bayle l'avait pensé (3), et les autres doivent être décrites avec d'autant plus de soin qu'elles ont été l'origine de la plupart des controverses qui se sont élevées sur cette maladie.

1° Nous décrivons la première, comme étant la plus commune, la *variété expansive*.

a. Après une période prodromique dont la durée est variable, les malades déjà violents, irritables, acquièrent peu

(1) Acad. des sciences, 24 septembre 1860.

(2) *Thèse inaugurale*, et Société méd.-psychol., 26 juillet 1858.

(3) Bayle, *ouvrage cité*, p. 537.

à peu une activité qui dépasse les limites de l'état normal. Ils écrivent, parlent, composent, agissent, font sans cesse de nouveaux projets et ne jugent rien impossible ; en même temps leur mémoire s'affaiblit ; ils oublient ce qu'ils ont fait ou décidé peu d'heures auparavant. Sans avoir encore le cachet du délire ambitieux, leurs conceptions sont difficiles à réaliser, basées sur des fondements peu solides et font un contraste frappant avec les habitudes de toute leur vie. Du côté des fonctions organiques, l'excitation se traduit par des symptômes non moins accentués : les malades ne peuvent rester un instant en place ; ils sentent le besoin de marcher, de courir, et sont infatigables ; j'ai vu un propriétaire, à cette période du début, frotter avec ardeur, faute de pouvoir se livrer à un autre exercice, les meubles et l'escalier de la maison qu'il habitait. Il en est chez lesquels on observe une excitation génésique tellement insatiable qu'ils ne respectent rien pour la satisfaire et sont entraînés, même en public, aux actes les plus cyniques ; chez d'autres se fait sentir un besoin excessif de boissons alcooliques qui aggrave encore leur excitation. Il en résulte une manière de vivre irrégulière et désordonnée, des excès de toute nature et des actes délirants qui attirent l'attention. Ces malades quittent leurs demeures, s'égarent dans les rues et dans les champs, se déshabillent, couchent en plein air, entrent dans des cafés, prennent des voitures qu'ils gardent des journées entières sans pouvoir payer, ou même commettent des vols d'une nature toute particulière, faits sans intention et comme par mégarde, à une devanture de boutique ou à l'étalage d'un marchand. C'est encore à cette période que, sous l'influence du besoin d'activité qui les domine, de cet entrain qu'ils mettent en toute chose et qui les rend hardis, audacieux et disposés à ne douter de rien, les sujets même les plus avares, les plus mesquins dans leurs habitudes, s'élancent inconsidérément dans les spéculations hasardeuses et étrangères à

leurs allures prudentes et méticuleuses, réalisent des projets d'embellissement pour leur intérieur, pour leurs propriétés, font des commandes, des cadeaux, des achats de toute sorte, et arrivent ainsi en peu de jours à dépenser des sommes considérables et hors de proportion avec leurs ressources.

Une fois l'excitation cérébrale arrivée à ce degré, elle ne tarde pas à prendre les proportions d'un véritable délire maniaque et alors éclate dans toute sa plénitude le délire des grandeurs, si curieux, si caractéristique, si variable dans ses manifestations. Le plus souvent, les idées dominantes sont des idées d'argent et de richesses. Les malades refusent de travailler; ils gagnent 20 francs, 100 francs, 100 000 francs par jour. Sans transition, ils passent de 100 000 francs à des sommes plus élevées, et les mots de millions, de milliards reviennent sans cesse à leur bouche. Ils possèdent des châteaux, des terres immenses; ils parlent d'or, de diamants; ils regardent les murailles, les meubles, les objets qui les entourent comme formés de métaux précieux; dans leur expansion que rien ne limite, ils font des présents considérables à leurs parents, à leurs amis, et promettent des sommes fabuleuses pour le plus léger service. Aux idées de richesses s'ajoutent les idées de gloire, d'honneur, de puissance. Ils sont présidents, rois, empereurs, selon les idées politiques dominantes et le système gouvernemental de leur époque; ils s'affublent de rubans de toutes couleurs, de titres de noblesse, se donnent une naissance illustre, ou même, allant plus haut, se regardent comme doués d'un génie supérieur, d'une puissance surnaturelle; ils sont Dieu lui-même. Rien n'égale leurs conceptions grandioses et leurs projets gigantesques; ils vont changer la surface de la terre; ils donnent un banquet à l'univers sur une table de mille lieues de long; ils vont créer des hommes de 30 coudées de haut; ils peuvent guérir les malades et ressusciter les morts. Au début de la paralysie générale, quand l'intelli-

gence conserve encore une certaine force, ce délire peut se produire avec une richesse d'imagination, avec une vivacité de couleurs qui arrive aux conceptions les plus étranges et les plus fantastiques, aboutissant toutes en général à un état de bonheur, de richesse, de puissance, non-seulement pour les malades, mais encore pour tous ceux qui les entourent. Un paralytique me racontait qu'il venait de créer un nouvel univers parcouru par des fleuves immenses remplis de poissons monstrueux, par des vallées d'une fertilité prodigieuse; tous les hommes habiteraient des palais, auraient 100 000 francs de rente et vivraient dans un bonheur absolu. Lui-même serait Dieu et sa femme grande déesse.

Ce délire ambitieux, qui peut varier à l'infini, n'arrive pas d'emblée à son développement complet; il peut être au début fort modeste et énoncé avec une certaine réserve, et ce n'est que progressivement que les malades montent en grade. Le pauvre ouvrier, interrogé sur sa fortune, double le prix de ses journées et se donne quelques ressources qu'il n'a pas; mais ses prétentious sont si peu élevées qu'il faut des renseignements exacts pour constater qu'il exagère. Le marchand, le fabricant attribuent à leur industrie des proportions qui sont au-dessus de la vérité, mais qui n'ont rien encore d'irréalisable. Ce n'est que progressivement que ces exagérations en arrivent à un degré extrême et frappent tout d'abord par leur invraisemblance.

A côté de ce délire ambitieux si complet, il existe une variété qui, bien que moins accentuée, possède une valeur sémiologique tout aussi considérable ; les malades qui en sont atteints, n'ont pas de conceptions délirantes à proprement parler, mais ils vivent dans une béatitude, dans un contentement d'eux-mêmes que rien ne peut altérer. Ils ont des prétentions à la poésie, à la littérature, à la force; ils se sentent vigoureux, doués d'une santé de fer, jamais ils ne se sont mieux portés. Ils mettent leurs bras à nu, admirent

et font admirer la beauté de leurs formes, la vigueur de leurs muscles : pleins d'une coquetterie inaccoutumée, ils passent des heures entières devant leur glace, se peignent, se lissent, et rétablissent sans cesse la parfaite harmonie de leur toilette ; leur visage est ouvert et souriant ; ils abordent le premier venu de leur poignée de main banale, se montrent prévenants, affables, contents de tout, et font voir avec ostentation leur maison, leurs meubles, leurs vêtements et les plus minces objets qui leur appartiennent. Cette forme de délire qui se prolonge souvent pendant les périodes ultérieures de la paralysie générale, contraste de la manière la plus saisissante avec la dégradation physique et intellectuelle dont les malades sont frappés ; mais en réalité ceux-là n'éprouvent aucune souffrance morale et sont les seuls fous heureux.

b. Ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de justesse M. J. Falret, le délire ambitieux des paralytiques, quel qu'il soit, se complique d'emblée des caractères de la démence. Bien différents des monomanes orgueilleux, qui systématisent leur délire avec un art parfait, conforment leurs actions à leurs paroles, et soutiennent leurs convictions avec logique et vigueur, les paralytiques se font remarquer par la nature particulière de leurs idées ambitieuses qui sont absurdes, mobiles, multiples et contradictoires. On voit bien vite que chez ces malades la mémoire, la faculté de raisonner et le sens logique sont profondément atteints, ils parlent de sauter la Seine à pieds joints, de construire une ville en or, de créer des univers. Aujourd'hui ils sont empereur, demain ils seront roi, pape, ou général ou Dieu ; ils ne montrent aucune opiniâtreté dans leurs conceptions, ils cèdent volontiers si on les contredit, passent d'une idée à une autre, s'affligent et s'attristent dans la même minute, oublient les fausses conceptions qu'ils ont eues la veille et, lorsqu'on les interroge, racontent parallèlement leur vie réelle et leur vie

imaginaire, sans s'inquiéter des choquantes contradictions de leurs discours. Un ouvrier menuisier entre à Bicêtre, atteint de délire ambitieux et de paralysie générale : il raconte qu'il est à la tête d'un immense établissement, qu'il gagne depuis longtemps 100 000 francs par jour, et possède un hôtel, des chevaux, des voitures. Et votre femme? lui demandai-je. — Elle fait des ménages. Si vous les poussez à bout en leur demandant comment ils ont gagné leur fortune, comment avec tant de richesses et de puissance ils se trouvent confinés dans un asile, ils répondent niaisement, divaguent et ne trouvent aucune de ces raisons dont les monomaniaques sont si prodigues. Parlent-ils d'un projet, d'un désir, ils ne montrent aucune persévérance dans sa réalisation et quelques instants après témoignent un désir contraire.

c. En même temps que l'excitation, l'affaiblissement intellectuel, et le délire ambitieux qui constituent les troubles intellectuels de cette première période, on observe des désordres de la motilité et de la sensibilité, c'est-à-dire de la difficulté dans l'articulation des sons, de l'inégalité des pupilles, de l'incertitude de la démarche et de l'anesthésie cutanée.

La *difficulté dans l'articulation des sons* résulte du tremblement et de la contraction irrégulière et comme convulsive des muscles de la langue, des lèvres, de la face et quelquefois de la mâchoire inférieure; au moment où le malade ouvre la bouche pour parler, avant même qu'il n'ait prononcé une seule parole, on constate sur le muscle orbiculaire et au niveau des releveurs de la lèvre supérieure, un tremblement fibrillaire tout à fait caractéristique, la mâchoire inférieure elle-même oscille un instant, puis après quelques secondes d'efforts et d'hésitation, la première syllabe est émise. L'embarras de la parole peut offrir des nuances très diverses : tantôt c'est un simple temps d'arrêt,

un faux pas que l'on ne peut saisir qu'avec une grande habitude et à l'aide d'une oreille exercée ; tantôt les syllabes sont prononcées sans beaucoup d'hésitation, mais lentement, avec effort, et elles sont comme scandées; à un degré plus avancé, il existe un véritable bégayement, qui ne fait que s'accentuer davantage quand la maladie fait des progrès, et qui possède une valeur sémiologique de premier ordre, puisqu'à lui seul et avant tout examen, lorsqu'il est nettement accusé, il permet de reconnaître la paralysie générale. L'embarras de la parole s'accompagne d'un tremblement particulier de la langue que l'on ne peut bien constater qu'en la faisant tirer fortement, et pendant quelques secondes, hors de la bouche ; on voit alors qu'elle ne peut un seul instant garder une immobilité complète, et l'on perçoit à sa surface des mouvements vermiculaires dus à la contraction irrégulière de ses muscles intrinsèques. L'examen de la langue, pratiqué de cette façon, doit être d'autant moins négligé que l'effort exercé par le malade pour maintenir la bouche ouverte rend infiniment plus sensible le tremblement des muscles des lèvres et de la face.

L'embarras de la parole devient plus marqué sous l'influence d'une vive émotion, après le repas, pendant les époques menstruelles. Chez quelques sujets il augmente pendant les moments d'agitation, chez d'autres au contraire il devient alors moins apparent; aussi est-il nécessaire, pour avoir sur ce point une appréciation exacte, de faire un examen réitéré en choisissant son moment. Il faut savoir encore que ce symptôme, insensible au début d'une conversation, peut ne devenir évident qu'au bout de plusieurs minutes, quand le malade éprouve un commencement de fatigue, ou lorsqu'on lui donne à lire à haute voix d'assez longs passages contenant des mots compliqués, difficiles à prononcer et débutant par des consonnes. En n'oubliant aucune de ces précautions, il est bien rare qu'on n'arrive pas à con-

stater l'embarras de la parole lorsqu'il existe réellement.

Enfin dans quelques cas, au lieu de la difficulté dans l'articulation des sons, on observe certains mouvements automatiques des muscles de la bouche et de la mâchoire qui ont une égale valeur sémiologique : les malades mâchonnent incessamment, ou bien ils se livrent à de continuels mouvements de dégustation, symptôme sur lequel Strambio avait déjà insisté en traitant de la paralysie générale chez les pellagreux. Quant au grincement des dents qui est si caractéristique, il se rencontre en général à une période plus avancée.

L'*inégalité des pupilles* au début de la paralysie générale est une lésion de la motilité sur laquelle M. Baillarger a appelé le premier l'attention (1), et qui, dans les cas douteux, ne manque pas d'importance. Cette inégalité tient, d'après cet auteur, à la dilatation anormale d'une des deux pupilles qui ne se contracte plus en présence de la lumière comme à l'état physiologique, et s'explique par la prédominance des lésions organiques dans l'un des deux hémisphères. A diverses reprises, j'ai constaté que cette inégalité pouvait aussi dépendre, non de la paralysie de l'une des deux pupilles, mais bien de la constriction exagérée de l'autre qui reste immobile et fortement contractée, même lorsqu'on la place dans l'obscurité. J'ai même rencontré chez quelques paralytiques une constriction exagérée et permanente des deux pupilles à la fois.

Le docteur Austin a cherché à établir un rapport constant entre l'état des pupilles et la nature du délire paralytique; selon lui, les altérations de la pupille gauche correspondent à l'excitation maniaque et au délire ambitieux; les altérations de la pupille droite indiquent un délire général mélancolique; le délire est mixte quand les deux pupilles sont

(1) *Gazette des hôpitaux*, 14 mai 1850, page 225.

également atteintes, et nul quand les deux yeux sont également et légèrement affectés (1) : ce sont là des vues ingénieuses dont la valeur n'est pas encore bien établie.

Outre l'inégalité pupillaire qu'il a constatée dans plus de la moitié des cas, M. Moreau (2) a observé chez les deux tiers des paralytiques une convexité plus marquée du globe oculaire, dont la sclérotique est bleuâtre, et une conformation bizarre des sourcils qui, bien marqués en général et nettement séparés aux extrémités internes, ont été trouvés cinquante fois sur cent, abandonnant l'arcade vers la partie moyenne, pour se relever sur le front ou retomber sur les yeux en frisant à la manière d'une moustache ; les cils sont en général très longs à la paupière supérieure.

A ces anomalies se rattachent certains troubles fonctionnels de l'appareil oculaire qui, dans des cas peu nombreux, sont une des premières manifestations de la maladie. J'ai vu cinq ou six fois un affaiblissement progressif de la vue allant jusqu'à la cécité complète, ou bien du strabisme, de la paralysie de la paupière supérieure, que l'on prenait tout d'abord pour des maladies essentielles, résister à tous les moyens de traitement et s'accompagner, au bout d'un temps plus ou moins long, d'embarras de la parole et des autres symptômes de la paralysie générale.

Des *altérations de la motilité* s'observent, quoique peu sensibles encore à cette période, dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs : les malades font des courses fort longues et peuvent, en un moment donné, déployer une grande énergie musculaire, mais ils dirigent moins bien leurs jambes, marchent vite, sans pouvoir modérer leur allure, et sont comme entraînés par le poids de leur propre corps. En marchant ils écartent les jambes, se tiennent cambrés comme s'ils avaient un tour de reins, tombent pesamment

(1) *Ann. méd.-psychol.*, avril 1862.
(2) *Union médicale*, 2 juillet 1853.

d'un pied sur l'autre et les lèvent à peine : aussi trébuchent-ils facilement sur un terrain inégal. Si au milieu de leur course on les appelle pour les faire retourner brusquement, ils s'arrêtent en chancelant, et oscillent quelques secondes avant de pouvoir changer de direction.

D'après M. Hubert Rodrigues (1), la paralysie envahirait les extrémités supérieures avant que les jambes ne soient atteintes, mais rien ne prouve la vérité de cette assertion. Ce qui paraît plus probable, c'est que toutes les extrémités sont prises simultanément; si la paralysie se manifeste d'une manière plus sensible aux membres inférieurs, c'est en raison de leurs fonctions spéciales qui exigent plus d'énergie; mais, lorsque les malades appartiennent à des professions nécessitant une grande précision dans les mouvements du bras, avant même que la démarche ne soit sensiblement gênée, ils deviennent incapables de travailler. J'ai vu plusieurs fois des dessinateurs, des graveurs, présenter comme symptôme initial un tremblement des mains, une incertitude dans les mouvements, qui les forçaient à abandonner leur travail au sujet duquel ils recevaient des reproches incessants, sans qu'ils eussent conscience de l'imperfection de leurs œuvres.

Les troubles de la sensibilité, observés à cette première période, ont un peu moins d'importance; ils méritent néanmoins d'être mentionnés. Déjà nous avons parlé de l'affaiblissement de la vue que l'on observe dans quelques cas exceptionnels. En outre, M. de Crozant, dans sa thèse (2), a signalé une anesthésie générale presque complète, existant dès le début de la paralysie générale, et précédant même les troubles de la motilité : j'ai eu l'occasion de vérifier plusieurs fois l'exactitude de ces assertions. Cette anesthésie

(1) H. R. *De la paralysie générale chez les aliénés.* (Extrait de la *Revue médic.*, t. II, 1838, p 7.)

(2) Voy. *Ann. méd.-psychol.*, 1846, p. 132.

n'existe que d'une manière passagère et disparaît dès que les troubles de la motilité sont plus accentués, pour reparaître plus tard à la dernière période de la maladie.

2° *Variété mélancolique.* — A côté de la forme expansive du début de la paralysie générale, signalons la variété mélancolique qui fait avec la précédente un contraste si frappant (1). M. Calmeil et plusieurs auteurs avaient déjà remarqué qu'en explorant avec soin les antécédents des paralytiques observés dans les asiles, on constatait chez eux l'existence d'un stade mélancolique quelquefois assez court, parfois aussi très prolongé. Les malades se croient ruinés, perdus, déshonorés ; on les a volés ; ils ont commis des crimes ; ils sont destinés à la prison et à la guillotine, et des idées de suicide, suivies quelquefois de tentatives d'exécution, se développent dans leur esprit; ils offrent, en un mot, cet ensemble de conceptions et d'actes délirants qui constituent le délire mélancolique. Souvent, et ce fait m'a vivement frappé, au milieu même des idées fausses les plus dépressives, on voit se glisser des idées de grandeur et de richesses qui ne se manifestent qu'à intervalles irréguliers et d'une manière passagère, que les malades oublient un instant après les avoir énoncées, et qui contrastent singulièrement avec leur attitude et leurs lamentations. Chez ces sujets, la dépression mélancolique peut aller jusqu'à la stupeur ; ils restent incapables d'agir, muets, immobiles, refusant tout aliment, se laissant tomber dès qu'on les soulève et qu'on essaye de les faire marcher, et ayant jusqu'à un certain point conscience de leur anéantissement physique et moral.

Le délire mélancolique peut s'associer à des idées hypochondriaques qui lui communiquent alors une physionomie particulière. Non-seulement les malades sont tristes, abattus, mais encore ils ressentent en eux un malaise vague et

(1) *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXIII, p. 140.

général qui se traduit par la crainte de mourir, par des préoccupations bizarres sur la manière dont leurs fonctions organiques s'exécutent. Ils répètent qu'ils ne peuvent ni avaler, ni uriner, ni aller à la selle ; que leurs intestins et tous leurs conduits naturels sont bouchés; qu'ils n'ont plus de gorge, plus d'estomac, plus de ventre. Cette forme de délire, sur laquelle M. Baillarger a récemment insisté, est loin d'être spéciale à la paralysie générale et n'a de valeur, au point de vue du diagnostic, que lorsqu'elle est associée à des troubles de la motilité.

Le délire mélancolique ou hypochondriaque, ainsi que la stupeur et le penchant au suicide, peuvent se prolonger pendant des mois entiers ; je les ai même vus persister jusqu'à une période avancée de la paralysie générale et ne faire place que très tardivement aux idées ambitieuses ou à un état anormal de satisfaction et de bien-être. L'expérience prouve d'ailleurs que cette variété de début est fort grave et qu'elle accélère souvent la marche fatale de la maladie. La dépression mélancolique, le refus d'aliments, venant s'ajouter aux autres symptômes de la paralysie générale, il en résulte des troubles profonds de la nutrition, de l'amaigrissement, de la tendance aux eschares et un état adynamique promptement mortel.

Disons tout de suite que, dans tous les cas de cette nature, les conceptions délirantes, mélancoliques ou hypochondriaques, sont tellement accentuées qu'au début elles masquent tous les autres symptômes, et apportent dans le diagnostic de la paralysie générale des difficultés très sérieuses que nous chercherons plus tard à lever. En tout cas, il ne faut pas oublier que l'embarras de la parole, l'inégalité des pupilles et tous les troubles de la locomotion existent ici comme dans tous les autres cas, mais avec des nuances variables, et qu'en remontant assez haut dans les antécédents du malade, on retrouve presque toujours un affaiblissement de la mémoire

ayant précédé de plusieurs mois l'apparition des autres symptômes.

3° *Variété paralytique.* — La variété paralytique est caractérisée par l'absence des conceptions délirantes et par la prédominance des troubles de la motilité. Les malades s'aperçoivent eux-mêmes que leurs mouvements perdent peu à peu en force, en régularité; en marchant, ils trébuchent facilement et se fatiguent vite. Dès qu'il s'agit de monter un escalier, de gravir une pente, ils éprouvent de grandes difficultés et sont obligés de recourir à l'appui d'un bras. Les mouvements des mains n'ayant plus leur précision habituelle, ils deviennent incapables de dessiner, de coudre, de jouer du piano, d'exercer une profession manuelle. En même temps, la parole s'embarrasse, les muscles de la langue et de la face présentent le tremblement caractéristique ; les pupilles deviennent inégales et l'on a sous les yeux les progrès lents, mais incessants d'un affaiblissement de la motilité qui envahit progressivement tout le système musculaire.

Telle est cette variété de paralysie générale dont quelques auteurs ont voulu faire une espèce à part en la désignant sous le nom de *paralysie générale sans aliénation.* Selon nous, cette séparation n'est nullement fondée et s'appuie uniquement sur un examen insuffisant et incomplet des malades ainsi frappés. On les observe pendant quelques jours, pendant quelques semaines; on constate qu'ils n'ont pas d'idées fausses, qu'ils ne disent aucune extravagance, qu'ils répondent assez nettement aux questions qu'on leur adresse, et l'on affirme qu'ils n'ont aucune altération de l'intelligence ; mais les personnes qui vivent dans leur intimité et les connaissent depuis longtemps s'aperçoivent chaque jour des graves transformations qui s'opèrent dans leur état mental; ils s'emportent sans motif, se livrent à des actes de violence, et quelques instants après s'émeuvent

jusqu'aux larmes pour le motif le plus futile. Ils sont craintifs, indécis, crédules, se laissent guider par tous ceux qui les entourent ; leur mémoire, sensiblement affaiblie, leur laisse oublier ce qu'ils ont fait la veille, tout en leur conservant presque intact le souvenir des événements anciens ; leurs aptitudes intellectuelles diminuent ; ils travaillent mal et difficilement, et souvent même ont conscience de l'amoindrissement de toutes leurs facultés.

Quoi qu'il en soit, ils vivent dans le monde, remplissent leurs devoirs de société, et même lorsqu'ils sont habitués depuis longtemps à certains travaux intellectuels qui exigent, non de l'imagination et de l'initiative, mais de l'ordre, de la régularité, continuent à les remplir par habitude avec une minutie scrupuleuse et une précision mécanique.

Ces phénomènes qui, au début, ne peuvent être bien appréciés qu'à l'aide d'une enquête très complète, s'accentuent plus tard assez nettement pour ne laisser aucun doute sur l'existence d'une grave lésion intellectuelle, d'une démence commençante. Ainsi, nous retrouvons ici les deux éléments essentiels de la paralysie générale : affaiblissement de l'intelligence, troubles de la motilité. Il n'y a pas à proprement parler de conceptions délirantes, mais celles-ci qui, dans la paralysie générale, varient depuis la conception ambitieuse la plus extravagante jusqu'à l'idée mélancolique ou hypochondriaque la plus dépressive, peuvent être envisagées comme un symptôme secondaire, et pour ainsi dire surajouté, dont l'existence n'est nullement nécessaire pour constituer la maladie.

Et d'ailleurs, en suivant longtemps les malades, il est bien rare qu'en un moment donné, ne fût-ce que pendant quelques jours, on n'arrive pas à constater des nuances de délire ambitieux. Ainsi que l'a parfaitement indiqué M. J. Falret, « l'état physique et moral des paralytiques atteints de démence sans aliénation peut se perpétuer pendant long-

temps, quelquefois même pendant plusieurs années, en augmentant très lentement d'intensité. Mais ordinairement au bout de quelques mois, le délire devient de plus en plus manifeste ; alors tout à coup, parfois même dans l'espace d'une nuit, éclate chez ces malades un délire maniaque intense, avec prédominance d'idées de grandeur multiples et gigantesques qui force à les conduire dans une maison d'aliénés et leur donne tous les caractères habituels des autres paralytiques observés dans les asiles. Dans d'autres cas enfin, le délire devient de plus en plus intense, mais, au lieu de faire brusquement explosion sous la forme maniaque, il revêt petit à petit les caractères de la démence accompagnée de satisfaction générale, avec prédominance de quelques idées de bonheur et de fortune moins gigantesques, plus tard enfin avec paroxysmes d'agitation plus ou moins intenses. »

4° Dans la *variété congestive*, le début apparent de la maladie est une congestion cérébrale survenant au milieu d'accidents prodromiques encore mal dessinés. Cette congestion que nous étudierons plus tard avec détail, car elle complique toutes les variétés de paralysie générale, se présente sous la forme comateuse, sous la forme convulsive, ou sous la forme hémiplégique. Au premier abord, elle n'offre rien qui la distingue des congestions cérébrales ordinaires, mais lorsque, au bout de quelques heures ou de quelques jours, les accidents aigus apoplectiformes se sont dissipés, on les voit remplacés par de l'excitation maniaque avec idées ambitieuses; plus souvent encore la congestion semble faire place à un retour complet à la raison, mais la parole reste légèrement embarrassée, la mémoire est affaiblie, l'intelligence a perdu de sa netteté et de sa vigueur. A mesure que l'on s'éloigne de la congestion initiale, ces symptômes tendent, en général, à diminuer, on voit même les facultés revenir presque à leur état normal, jusqu'à ce qu'une congestion

nouvelle amène une nouvelle aggravation : la maladie progresse ainsi par saccades, car l'amélioration qui se produit entre deux congestions va toujours en s'atténuant et conduit peu à peu à la seconde période de la maladie. Ces paralytiques ont une physionomie particulière : chez eux, le réseau capillaire de la figure est dilaté et comme variqueux, ils ont habituellement les pommettes rouges, la face vultueuse, la nuque, le cou, les oreilles et le cuir chevelu très injectés, bien qu'il n'existe aucune élévation de température de la peau. C'est là, pour ainsi dire, une congestion passive de toute l'extrémité céphalique.

En étudiant successivement les diverses variétés de début de la paralysie générale, nous avons décrit à la fois et les troubles de l'intelligence et les troubles de la motilité ; mais il est un point fort controversé que nous ne pouvons passer sous silence. De ces deux ordres de phénomènes quel est celui qui se développe le premier? les troubles de l'intelligence précèdent-ils le développement des troubles de la motilité? La proposition inverse est-elle vraie? ou bien ce développement est-il simultané?

Sur 86 faits observés avec le plus grand soin, M. Parchappe (1) en a noté 51 dans lesquels il y avait développement collatéral du délire et de la paralysie. Dans 27 cas, la paralysie s'est développée consécutivement à la folie, enfin 8 fois le développement relatif est resté indéterminé.

Pour M. Baillarger (2), les phénomènes de paralysie précèdent ceux de la folie, ou tout au moins apparaissent en même temps qu'eux. D'après cet auteur, la paralysie générale existe toujours d'emblée, et dès le début on constate du côté des pupilles, de la langue ou des organes de la locomotion, quelque trouble appréciable.

(1) *Traité théorique et pratique de la folie*, p. 148.
(2) *Ann. méd -psychol.*, t. XVII, p. 168, 1853.

Enfin en 1858, M. Parchappe (1) a résumé sa pensée sur ce sujet dans les lignes suivantes : l'altération de l'intelligence est constante dès le début, au moins sous la forme d'affaiblissement de la mémoire et du jugement, et très fréquemment sous la forme du délire maniaque et mélancolique. L'affaissement des facultés intellectuelles va toujours croissant jusqu'à leur abolition. L'altération de la motilité n'apparaît très sensiblement qu'après l'altération de l'intelligence. Elle peut manquer absolument au début de la maladie, comme l'atteste le doute dans lequel les aliénistes les plus expérimentés sont quelquefois forcés de se maintenir pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines sur la vraie nature de l'état morbide, en raison de l'absence de tout symptôme de paralysie.

Pour nous, tout en admettant, dans la grande majorité des cas, le développement collatéral des troubles de l'intelligence et de la motilité, nous avons observé des faits où bien évidemment l'embarras de la parole ne s'était développé que consécutivement aux troubles intellectuels, quels qu'ils fussent, manie, mélancolie, délire partiel, délire ambitieux ou démence simple. Mais entre ces deux ordres de phénomènes, ainsi que l'a dit M. J. Falret, il existe des connexions si intimes qu'en peu de jours, en peu de semaines, l'un appelle nécessairement l'autre, et que la maladie n'est réellement constituée que lorsqu'ils existent simultanément.

La paralysie générale peut-elle se développer sur un état d'aliénation mentale préexistant depuis plusieurs années déjà? Telle était, comme on le sait, l'opinion d'Esquirol qui envisageait la paralysie comme une véritable complication pouvant survenir à toutes les périodes de la folie, comme étant, en un mot, une de ses terminaisons. Lorsque la paralysie générale a été mieux connue et mieux étudiée, on n'a

(1) Société méd.-psychol., séance du 26 avril 1858.

pas eu de peine à démontrer combien cette opinion était erronée, mais on est allé trop loin en niant d'une manière absolue qu'un cas de folie simple puisse jamais se transformer en une paralysie générale ; ces faits sont très rares, mais il en existe qui sont incontestables : j'ai vu moi-même une paralysie générale se développer chez deux monomaniaques, chez l'un au bout de deux ans et demi, chez l'autre au bout de six ans, sans qu'au début de la folie, rien, dans la nature du délire, dans l'examen de la motilité, ait pu faire soupçonner un seul instant l'existence de cette affection. Dans tous ces faits il ne faut pas voir autre chose que deux états morbides distincts dont l'un se substitue à l'autre. Pourquoi un sujet, par cela seul qu'il serait aliéné, se trouverait-il nécessairement à l'abri de la paralysie générale?

Période moyenne.

Quel qu'ait été le début, la limite exacte de la période moyenne est difficile à préciser ; c'est à elle que viennent aboutir, mais non sans conserver des traces affaiblies de leur aspect primitif, les diverses variétés que nous venons de décrire. A cette période, les troubles de la motilité et les symptômes de l'affaiblissement intellectuel sont assez caractérisés pour ne plus laisser l'ombre d'un doute dans l'esprit de l'observateur le moins expérimenté : les malades vivent dans un état habituel de légère excitation alternant avec des paroxysmes irréguliers d'agitation plus violente ; leur excitation est automatique, elle n'a ni but ni direction, ils vont et viennent, entrent et sortent, remuent leurs meubles, parlent seuls, déchirent leurs vêtements, arrachent leurs boutons, et tous leurs actes se ressentent du profond désordre de leur esprit. Entrent-ils dans une chambre, ils se déshabillent et se couchent dans le premier lit venu ; cherchent-ils à s'habiller, ils mettront leur bas en guise de cravate, et confondront toutes les parties de leurs vêtements. Bientôt même la dé-

mence faisant chaque jour des progrès, ils deviennent malpropres, remplissent leurs poches de cailloux, d'ordures de toute sorte, qu'ils manient avec plaisir et qu'ils cherchent même à manger. La notion du temps, des lieux, de l'espace, s'efface dans leur esprit, ils reconnaissent à peine leurs plus proches parents, ils oublient qu'ils sont mariés, qu'ils ont des enfants, et ont perdu le souvenir des événements qui les touchent de plus près. Pendant les paroxysmes d'agitation maniaque, ils deviennent violents, brisent tout ce qui se présente à eux, poussent des cris et déploient une force musculaire hors de proportion avec leur état antérieur.

Au milieu de ce désordre et de cette incohérence, on voit persister des traces du délire qui avait signalé le début de la maladie; le plus souvent ce sont des idées de richesses, de grandeur, des mots de millions, des qualifications ambitieuses qui apparaissent au milieu de leurs phrases décousues et sans suite. Parfois des idées mélancoliques ou hypochondriaques se manifestent encore au milieu de ces divagations, mais elles sont déjà moins fréquentes que dans la première période, et les idées de grandeur les remplacent insensiblement. Quelles que soient les conceptions délirantes, elles perdent chaque jour le peu qui leur restait de vigueur, et se bornent à la répétition monotone des mêmes mots et des mêmes idées.

En même temps les troubles de la motilité se prononcent davantage. L'embarras de la parole se reconnaît dès que le malade a articulé quelques syllabes; il s'accompagne, dans quelques cas, de mâchonnement, mais plus souvent encore d'un grincement de dents qui se produit tantôt d'une manière continue, tantôt d'une manière intermittente, et dont le rhythme monotone et agaçant s'entend d'un bout d'une salle à l'autre ; ce grincement est parfois tellement intense, tellement prolongé, que les dents sont usées par le frottement jusqu'à la moitié de leur hauteur. L'affaiblissement et l'irré-

gularité de la contractilité musculaire deviennent tels que le malade marche avec beaucoup de difficulté, tombe au moindre obstacle et devient incapable de monter un escalier ; il a beaucoup de peine à s'habiller, à porter les aliments à sa bouche, et il devient nécessaire d'exercer autour de lui une exacte surveillance. Ce n'est pas sans étonnement que dans les moments d'agitation, l'on voit ces paralytiques qui se soutenaient à peine sur leurs jambes, déployer des forces considérables, briser des obstacles solides et exiger la présence de plusieurs gardiens pour les maintenir.

Dans quelques cas, l'affaiblissement musculaire est remplacé par la contracture d'un muscle ou d'un certain nombre de muscles, contracture souvent très prolongée et qui imprime à diverses parties du corps les positions les plus pénibles : c'est ainsi que j'ai vu la tête rester pendant des mois entiers fléchie sur la poitrine, ou au contraire renversée en arrière et maintenue dans cette position par les muscles du cou roides et contracturés.

Les fonctions digestives, qui dans la première période de la paralysie générale se ressentaient de l'acuité du délire, de la violence de l'agitation, ou bien de la dépression mélancolique et du refus d'aliments, reprennent de la force et de la régularité pendant la deuxième période. Les malades mangent malproprement, ils prennent leurs aliments avec les doigts, avalent avec gloutonnerie et mâchent à peine ; néanmoins la nutrition se fait bien, et on les voit prendre, lorsqu'ils sont calmes, un embonpoint qui coïncide d'ordinaire avec le passage à la troisième période. Tout en indiquant un certain retour de forces, cette énergie des fonctions assimilatrices prédispose à la congestion cérébrale en augmentant la masse du sang, et devient à son tour un danger pour les malades. Aussi verrons-nous plus loin qu'il importe beaucoup de modérer la quantité de leurs aliments, et de bien se garder de satisfaire leur insatiable voracité.

La paralysie toujours croissante du rectum amène un état de constipation qui fait bientôt place à l'évacuation involontaire des matières fécales, de même que la rétention d'urine que l'on observe de temps à autre est remplacée par l'incontinence.

Période terminale.

L'émission involontaire de l'urine et des matières fécales marque le passage de la période moyenne à la période terminale. Les malades commencent par uriner dans leur lit, puis dans leurs vêtements; un peu plus tard ils ne peuvent garder leurs selles pour peu qu'elles soient liquides, mais les selles solides sont retenues; plus tard encore ils laissent aller involontairement toutes leurs excrétions, ils sont gâteux. Ces phénomènes ultimes de la paralysie générale ne viennent que lentement et successivement; on voit même des malades, après quelques évacuations involontaires, survenues dans un moment d'agitation ou d'affaissement profond, reprendre des forces, retenir leurs excrétions et ne devenir définitivement gâteux que plusieurs mois après.

En même temps que les évacuations deviennent involontaires, l'embarras de la parole augmente à un tel point que le langage des malades devient inintelligible, et qu'on n'entend plus que quelques syllabes confuses et sans signification; j'ai même vu des cas où, malgré la persistance d'un certain degré d'intelligence qui se révélait par les gestes et par l'expression des yeux, l'articulation des mots était devenue complétement impossible, et les malades restaient muets, malgré leurs efforts énergiques pour émettre un son. La marche devient de plus en plus difficile, les sujets sont fortement inclinés soit à droite, soit à gauche, selon le côté où prédominent les accidents paralytiques; bientôt ils tremblent sur leurs jambes, ne peuvent se tenir debout et sont condamnés à passer leur vie dans un lit ou dans un fauteuil.

La paralysie dont ils sont frappés ne ressemble à aucune autre : ce n'est pas uniquement l'abolition de la contractilité musculaire qui se trouve ici en jeu, puisqu'une fois assis ou couchés, ils remuent très bien les bras et les jambes, puisque dans les moments d'agitation ils retrouvent encore des forces surprenantes ; il s'y joint encore un défaut de coordination, un manque de précision dans les mouvements qui est bien différent de l'abolition du sens musculaire, ou ataxie musculaire, mais qui seul peut expliquer l'abolition complète des facultés locomotrices. L'état des muscles et de leur contractilité électrique mérite encore d'être mentionné à ce point de vue ; et en effet, quelle qu'ait été la durée de la paralysie, les masses musculaires sont relativement très peu atrophiées ; elles subissent très rarement la dégénérescence graisseuse, et jusqu'au dernier moment, même chez les malades qui restent sur leur lit, conservent intacte leur contractilité électrique (1).

Les fonctions intellectuelles sont réduites à la nullité la plus complète, les malades ne reconnaissent plus personne, ils n'ont plus ni sentiments, ni instincts ; il faut les faire manger comme des enfants, et veiller à tous leurs besoins : leur agitation, lorsqu'il en existe encore, se traduit par des cris inarticulés, persistants, qui ne semblent correspondre à aucune douleur, à aucun sentiment, par des mouvements automatiques, à l'aide desquels ils déchirent en mille pièces leurs vêtements, leurs draps, et tous les objets qui sont à leur portée. Seules, la nutrition et l'assimilation se font encore avec une régularité et une énergie qui étonnent, et l'on peut dire sans exagération que l'existence se trouve alors réduite à des fonctions purement végétatives.

Cette dernière période peut se prolonger pendant plusieurs mois : des paralytiques gâteux, alités, et réduits au dernier

(1) Duchenne et Brierre de Boismont, *Ann. méd.-psychol.*, 1850, p. 603.

degré de la faiblesse, reprennent des forces d'une manière inattendue, et vivent bien au delà du terme qu'on leur avait fixé. Quand cependant la terminaison fatale arrive, elle se produit de diverses façons.

1° Il peut arriver que la mort survienne au milieu des symptômes de périencéphalite aiguë. Le pouls s'accélère et devient fébrile, la peau est chaude, la langue se sèche ; il y a des soubresauts tendineux, de la contracture, de la rougeur du visage; le coma et la mort terminent au bout de peu de jours cette forme spéciale de recrudescence.

2° Certains malades meurent d'épuisement : ne pouvant plus avaler, condamnés à une immobilité absolue, ils maigrissent et perdent chaque jour de leurs forces. Sous l'influence d'une pression prolongée, du contact de l'urine et des matières fécales, des eschares gangréneuses se forment au talon, aux hanches, au sacrum, et amènent des suppurations abondantes, auxquelles une constitution épuisée ne peut résister longtemps. Ces eschares se forment plus facilement chez les paralytiques déprimés par le délire mélancolique ou hypochondriaque; elles peuvent devenir tellement profondes que, dans certains cas on a trouvé du pus ayant fusé jusqu'à la base du cerveau à travers les trous des nerfs rachidiens et le canal vertébral.

3° Des maladies incidentes, comme la diarrhée chronique, la pneumonie, la cystite purulente causée par la rétention d'urine et le cathétérisme, répété, deviennent souvent la cause occasionnelle de la mort.

4° La congestion cérébrale, nous le verrons plus loin, est une des complications mortelles que l'on rencontre le plus fréquemment dans la paralysie générale.

5° Enfin, certains malades succombent rapidement à l'asphyxie déterminée par l'introduction d'un bol alimentaire dans les voies aériennes. Les paralytiques avalent gloutonnement et mâchent à peine; chez eux la déglutition ne

s'accomplit plus guère que sous l'influence de contractions semi-convulsives, et il peut arriver qu'un morceau volumineux mal dirigé vienne oblitérer l'orifice supérieur de la glotte : on voit alors les malades tomber comme foudroyés au milieu de leur repas ; en arrivant à temps, on peut quelquefois, à l'aide des doigts ou de longues pinces courbées, extraire un volumineux morceau de viande profondément enfoncé dans le pharynx, mais le moindre retard rend tout secours inutile. A l'autopsie, j'ai trouvé dans les cas de ce genre la glotte solidement oblitérée par un corps étranger, une pomme de terre, par exemple, qui avait pénétré jusque dans sa cavité, et ne pouvait en être retirée qu'avec effort ; chez d'autres, le bol alimentaire s'est accumulé sous forme de masse pulpeuse dans le pharynx, et refoule la face supérieure de l'épiglotte ; quelquefois les aliments pénètrent jusque dans les bronches. Enfin il peut arriver qu'un corps étranger très volumineux resté dans l'œsophage, comprime la trachée et détermine l'asphyxie, mais avec plus de lenteur.

§ 4. — Durée.

La *durée* de chacune des périodes de la paralysie générale offre de telles variations que nous n'avons pas même essayé de la préciser. Il est des sujets chez lesquels la première période se prolonge pendant un temps très long, tandis que la troisième est rapidement terminée par la mort ; d'autres, au contraire, vivent six mois et même plus au milieu des accidents les plus graves de la quatrième période.

Quant à la durée de la maladie considérée dans son ensemble, elle ne peut être également fixée que d'une manière approximative, car une foule de circonstances peuvent la faire varier. M. Parchappe a trouvé en moyenne une durée d'un an, onze mois et quatre jours, pour l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure. En 1825, M. Calmeil l'avait limitée à treize mois pour l'établissement de Charenton,

et Bayle, autrefois, l'avait fixée à dix mois. Ce qui est incontestable, c'est que chez les femmes où elle est relativement peu fréquente, la paralysie générale a une durée beaucoup plus longue, c'est aussi que les soins dont le malade est entouré, les circonstances accessoires de la maladie, tendent singulièrement à l'abréger ou à la prolonger. Elle marche avec rapidité quand l'aliéné, longtemps abandonné à lui-même, a pu se livrer sans contrainte à des excès de toute nature, lorsque des congestions cérébrales répétées ont aggravé tous les accidents, et hâté en quatre ou cinq mois l'arrivée des derniers symptômes. Au contraire des soins minutieux, des précautions de toute nature, une hygiène bien réglée, un traitement convenablement maintenu, l'absence de toute complication, permettent de prolonger la vie pendant trois années, quatre années et même plus. Dans les établissements privés la moyenne est de beaucoup supérieure à celle des grands asiles consacrés aux indigents; j'ai même vu dans quelques cas exceptionnels, des paralytiques résister six années, sept années, et la maladie s'immobiliser de la manière la plus inattendue.

Enfin il peut arriver qu'à une période quelconque, mais surtout pendant les deux premières, tous les symptômes diminuent d'intensité, tendent même à s'effacer en suivant une marche lentement rétrograde; c'est là ce qu'on a appelé des rémittences.

§ 5. — Des rémittences.

Ces *rémittences* méritent une attention toute spéciale autant par elles-mêmes que par leurs conséquences médico-légales.

C'est habituellement quand la paralysie générale a débuté sous la forme maniaque et expansive qu'on les voit se produire. L'agitation se calme, l'embarras de la parole diminue, les idées ambitieuses elles-mêmes s'éloignent, à tel point

qu'on se demande si cette amélioration n'aboutira pas à une guérison parfaite.

Examinées de près, ces rémittences ne se présentent pas sous la même apparence.

Habituellement les troubles de la motilité et les troubles intellectuels diminuent simultanément, et tout en persistant se réduisent à des proportions minimes.

Chez quelques-uns l'embarras de la parole et les troubles de la motilité disparaissent entièrement; l'intelligence seule reste atteinte : elle offre un notable affaiblissement, et des idées délirantes ambitieuses persistent encore à l'état d'isolement sans se traduire par aucune extravagance. Ainsi certains malades parlent encore de leur fortune, de leur position sociale, ils affirment qu'ils n'ont jamais été aliénés et protestent contre les soins qui leur ont été donnés.

Chez d'autres, au contraire, l'embarras de la parole persiste d'une manière très apparente, et cependant ils raisonnent juste, se conduisent convenablement dans le monde, ont conscience d'avoir été aliénés et attribuent eux-mêmes à un état de folie toutes les fausses conceptions dont ils ont gardé le souvenir. Dans les cas assez rares où la disparition du délire coïncide avec la diminution des troubles de la motilité, on comprend sans peine que cet état puisse simuler la guérison, et en imposer à un observateur superficiel. Mais il ne faut pas oublier que, même dans les cas les plus heureux, l'intelligence ne revient presque jamais à son intégrité première et conserve des nuances qui acquièrent aux yeux du médecin une importance toute spéciale. Les sujets d'un naturel violent, emporté, sont devenus souples, bienveillants, faciles à conduire. Ils ont perdu leur énergie, ils travaillent avec moins de facilité, et s'occupent de niaiseries, de futilités, d'enfantillages qui absorbent toute leur attention, leurs idées roulent dans un cercle restreint : imprévoyants, versatiles à propos des sujets les plus sérieux, ils

montrent sur des points de détail une obstination puérile qui contraste avec leur mobilité habituelle ; quelques-uns deviennent tout à coup dévots sans qu'on puisse trouver une cause sérieuse à cette conversion inattendue. Tout en ayant des aversions déraisonnables pour certaines personnes, ils cèdent avec la plus grande facilité aux suggestions de tous ceux qui les entourent, sont incapables d'opposer la moindre résistance morale, et cependant ils vivent dans le monde, s'y tiennent convenablement, répondent sensément aux questions qu'on leur adresse et au premier coup d'œil semblent raisonnables. Pour le médecin une pareille situation est pleine de gravité et n'est pas autre chose qu'un léger degré de la démence. M. Baillarger (1) a avancé avec raison que, si ces malades ne pouvaient plus être assimilés aux aliénés, ils devaient néanmoins être regardés comme atteints d'une faiblesse d'esprit qui les rend incapables de résister au moindre entraînement, et d'administrer en toute liberté d'esprit leurs intérêts et les intérêts de leur famille.

Ces rémittences dans la paralysie générale peuvent se prolonger pendant plusieurs mois, plusieurs années, j'en ai vu une qui a duré un an et demi, une autre plus de deux années, et une troisième près de cinq ans ; les malades avaient pu reparaître dans la société et y reprendre même quelques occupations ; mais, d'une manière générale, rien de plus précaire que leur situation : une fois rentrés dans le monde, contents d'eux et convaincus qu'ils n'ont jamais été malades, ils sont incapables de lutter contre le moindre entraînement, se laissent aller à des excès vénériens ou à des excès alcooliques, essayent de travailler au delà de leurs forces, et finissent dans l'immense majorité des cas par retomber ; et, ce qui est

(1) Voyez *Union médicale*, 9 août 1855. *Des rémittences prolongées de la paralysie générale étudiées au point de vue médico-légal.*

Des rémissions dans le cours de la paralysie générale, p. 493 (*Ann. méd.-psychol.*, 1858), par le Dr Sauze.

remarquable, c'est qu'une fois la rechute déclarée, ils arrivent avec une rapidité extrême au dernier degré de la paralysie générale, deviennent gâteux, tombent dans une démence profonde, en sorte que la maladie regagne en peu de mois le temps qu'elle avait perdu.

Rien de plus trompeur que ces temps d'arrêt inattendus dans la marche de la paralysie générale : comment ne pas songer à la possibilité d'une guérison quand on voit non-seulement les symptômes de la première période, mais encore les phénomènes plus graves de la seconde et de la troisième disparaître et suivre une marche lentement rétrograde? Des sujets couverts d'eschares, gâteux, arrivés à un état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de démence complète, ont été vus reprenant des forces, parlant plus librement, récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. Bien plus, quelques faits font exception à la règle générale qui veut que toute rémittence soit suivie d'une rechute et d'une terminaison fatale. Dans un cas signalé par M. Ferrus et cité par M. Lasègue (1), le malade qui était dans un état cachectique des plus fâcheux, eut une rémittence complète, et sa guérison se maintint pendant vingt-cinq ans; à cette observation remarquable, on en a ajouté quelques autres; mais si, de tous ces faits réunis par quelques auteurs, on élimine non-seulement ceux dont le diagnostic est douteux, mais encore ceux qui n'ont été suivis que pendant un espace de temps insuffisant, on arrive à cette conviction profonde, que dans la paralysie générale la guérison est infiniment rare, pour ne pas dire impossible; que les prétendues guérisons ne sont pas autre chose que des rémittences prolongées au delà des limites habituelles;

(1) *Thèse d'agrégation*, Paris, 1853.

enfin que dans l'état actuel de la science, lorsque les symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic, la mort est la terminaison constante et inévitable de la maladie, quelles qu'aient été, d'ailleurs, les variations et les inégalités de sa marche.

Quelque désespérant que paraisse ce pronostic, il ne doit pas cependant enlever au médecin tout courage et lui faire renoncer d'une manière absolue à toute tentative thérapeutique. Nul ne peut affirmer avec certitude ce que l'avenir nous réserve, et d'ailleurs la possibilité d'obtenir une rémittence est un sérieux et puissant encouragement. Bien que le cancer soit incurable, ne pratique-t-on pas chaque jour des opérations pénibles et dangereuses dans le seul but de prolonger la vie des malades ?

Nous ne saurions finir ce qui a trait à l'issue définitive de la paralysie générale, sans dire un mot d'une terminaison anormale qu'il est bon de signaler.

On voit des malades ayant présenté du délire ambitieux, de l'embarras de la parole, et tous les symptômes de la paralysie générale, rester en démence tout en conservant des idées ambitieuses isolées, mais offrir un arrêt complet dans le développement des troubles de la motilité. La vie peut alors se prolonger indéfiniment comme dans la manie chronique ou la démence simple. J'ai en ce moment sous les yeux deux malades qui présentent, l'un depuis six ans, l'autre depuis huit ans, cette singulière transformation. Disons tout de suite, pour expliquer toute ma pensée sur ce sujet, que ces deux sujets avaient abusé au plus haut point des liqueurs alcooliques, et que, tout en réservant l'avenir, je suis disposé à regarder les faits de cette nature non comme de véritables paralysies générales, mais comme des faits de démence alcoolique associée à des idées ambitieuses et à des troubles passagers de la motilité dus uniquement à l'intoxication spéciale.

§ 6. — Marche aiguë de la paralysie générale.

La paralysie générale, dans l'immense majorité des cas, se présente sous la forme chronique que nous venons de décrire. Il peut arriver cependant que la marche des accidents se précipite et que la maladie affecte la forme suraiguë (1).

Dans ces cas, les symptômes fondamentaux restent les mêmes, mais au délire ambitieux, à l'embarras de la parole, il se joint une fièvre intense : la bouche devient sèche, la langue est fuligineuse, le malade rejette les boissons et les aliments : l'agitation toujours très vive se complique de congestions avec convulsions épileptiformes et soubresauts tendineux. Tout l'ensemble des symptômes éveille l'idée d'un délire aigu surajouté à une paralysie générale. On voit des cas se terminer ainsi par la mort au bout de quinze jours, de trois semaines, d'un mois de durée, et alors on trouve à l'autopsie de l'injection des méninges qui happent à la couche corticale ramollie et fortement vascularisée, tandis que les adhérences qui n'ont pas encore eu le temps de se former, sont rares et peu étendues.

Il peut arriver que la maladie, après avoir ainsi débuté avec une extrême violence, s'arrête tout à coup dans sa marche : le délire perd de son intensité, la fièvre tombe, et la méningo-encéphalite diffuse aiguë passe à l'état chronique. Mais, d'un autre côté, au milieu même d'un état chronique et alors que les symptômes marchant avec lenteur, sont loin d'avoir complété leur évolution normale, il peut survenir, comme nous l'avons déjà indiqué, une brusque recrudescence qui emporte en peu de jours un malade qui semblait devoir lutter encore longtemps.

(1) Linas, *Thèse inaugurale. Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale.* Paris, 1857.

Tels sont les cas auxquels on doit réserver le nom de paralysie générale à marche aiguë. Quant aux faits que M. Beau (1) a réunis sous cette même dénomination et qu'il a discutés d'une manière très séduisante, je n'hésite pas à les rejeter du cadre de la maladie qui nous occupe. Une analyse attentive de chacun d'eux m'indique dans l'aspect et la symptomatologie de la maladie une telle dissemblance avec la paralysie générale, que je n'hésite pas à les regarder comme se rattachant au rhumatisme cérébral ou à une encéphalite aiguë survenue dans le cours ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

§ 7. — Complications.

1° Congestion cérébrale.

La congestion cérébrale joue un rôle de premier ordre dans la marche de la paralysie générale. Elle en est quelquefois le phénomène initial ; elle peut aussi la terminer brusquement par la mort. Enfin, on la rencontre à toutes les périodes à titre de complication. Toute congestion, lorsqu'elle épargne la vie du malade, laisse après elle une notable aggravation dans les troubles de la motilité et de l'intelligence, et comme d'un autre côté, la congestion appelle la congestion, comme le mouvement fluxionnaire se porte d'autant plus volontiers vers l'encéphale qu'il s'est déjà produit un plus grand nombre de fois, il en résulte que, interrogé sur la marche probable d'une paralysie générale, le médecin devra tout d'abord s'enquérir de l'existence de cette complication, de sa forme symptomatique, de sa fréquence, de son intensité, et en déduire le pronostic. Il n'y a d'ailleurs dans la fréquence des congestions cérébrales rien qui ne soit conforme aux lois générales de la pathologie de l'encé-

(1) *Mémoire sur une affection cérébrale qu'on peut appeler paralysie générale aiguë* (*Archives de médecine*, février 1852).

phale. La couche corticale, avec son réseau vasculaire anormalement développé, avec les produits d'exsudation qui altèrent profondément sa structure, peut être assimilée à ces tissus anormaux ou altérés, comme les tumeurs cérébrales, les ramollissements, les cicatrices, autour desquels il se produit à époques irrégulières des raptus sanguins considérables qui contribuent à aggraver la lésion organique, et se manifestent au dehors par les phénomènes habituels de la congestion surajoutés aux symptômes de la maladie première.

La congestion cérébrale chez les paralytiques revêt des formes diverses. M. Aubanel (1) en a distingué huit : 1° forme légère; 2° maniaque; 3° convulsive; 4° hémiplégique; 5° coup de sang; 6° comateuse; 7° intermittente; 8° irrégulière avec alternance de tous les symptômes. Cette division nous paraît reposer sur une exacte observation des faits. Nous croyons cependant devoir lui faire subir quelques modifications et nous décrirons successivement les formes suivantes : 1° forme légère avec excitation; 2° maniaque; 3° comateuse; 4° hémiplégique; 5° convulsive apoplectiforme; 6° formes irrégulières.

1° La première forme, la plus bénigne, consiste simplement en une augmentation anormale de la circulation cérébrale. Le malade ne tombe pas, ne perd pas connaissance; mais sa figure devient rouge, ses yeux s'injectent, son pouls s'accélère, ses gestes deviennent précipités; il devient loquace, ne peut tenir en place et l'embarras de la parole augmente sensiblement. Une digestion laborieuse, de la constipation, une température un peu élevée suffisent pour amener cet état pathologique, dont la durée varie de quelques heures à deux ou trois jours, et qui cède en général à un purgatif ou à une émission sanguine modérée. Ces sym-

(1) *Ann. méd.-psychol.*, t. VII, 1846, p. 189.

ptômes, il ne faut pas l'oublier, peuvent se renouveler fréquemment et constituer moins une congestion réelle qu'un état congestif permanent qui laisse sans cesse le malade sous l'imminence d'accidents plus graves.

2° La deuxième forme ne diffère de la précédente que par le degré de l'excitation qui atteint les proportions de l'agitation maniaque. Sous l'influence de l'afflux sanguin, le malade se livre à des emportements et à des actes de violence, et les idées délirantes redoublent d'incohérence et d'intensité. La rougeur de la figure et les symptômes rationnels de la congestion coïncident avec cet état, qui disparaît bien plus facilement sous l'influence des pertes de sang modérées qu'à l'aide des bains prolongés et des calmants habituels.

3° Dans la forme *comateuse*, la congestion s'annonce uniquement par de la tendance à la somnolence, de la rougeur de la figure et de l'inertie physique et intellectuelle. En peu d'heures, cet état arrive jusqu'au coma. Les malades restent insensibles aux agents extérieurs, ne répondent à aucune question, et leurs muscles sont dans un état de résolution complète ; la respiration se fait d'ordinaire avec facilité comme dans le sommeil. La forme comateuse pure n'est pas extrêmement grave ; il n'est pas rare de la voir se dissiper au bout de peu d'heures sous l'influence d'un traitement approprié.

4° La forme *hémiplégique* peut se produire d'emblée et est déjà plus sérieuse. Il n'est pas rare de voir des paralytiques au milieu de leurs repas, pendant une promenade, laisser tout à coup tomber un objet qu'ils tiennent à la main et cesser de pouvoir s'appuyer sur un des membres inférieurs. Ils restent ainsi paralysés d'un bras, d'une jambe ou de toute une moitié du corps pendant quelques heures ou quelques jours, sans qu'aucun symptôme général grave accompagne ces congestions partielles d'un des hémisphères. Les paralysies

qui se produisent ainsi finissent presque toujours par disparaître, mais d'une manière incomplète, et en laissant après elles un notable affaiblissement d'une des moitiés du corps.

5° La congestion *convulsive apoplectiforme* est de toutes la plus grave, et peut-être aussi la plus fréquente. Ici le début est subit et il y a bien réellement apoplexie. Le malade tombe comme foudroyé, sans connaissance, insensible à tous les excitants extérieurs, et s'il ne succombe pas immédiatement, il est pris de convulsions. Ces convulsions sont tantôt générales, tantôt limitées, soit à une moitié du corps, soit à une moitié de la face, à un bras, à une jambe; elles peuvent être purement éclamptiques, sans caractère bien déterminé, ou revêtir toutes les apparences de l'attaque convulsive épileptique, avec cri initial, alternatives de pâleur et de rougeur de la figure, écume sanguinolente et convulsions spéciales. Dans les deux cas, on les voit se reproduire sous la forme d'attaques séparées par de courts intervalles, de sorte qu'un malade peut éprouver, dans l'espace de vingt-quatre heures, un assez grand nombre d'accès convulsifs séparés les uns des autres par un état de coma plus ou moins complet. « Dans d'autres circonstances les contractions de la fibre musculaire prennent un caractère de persistance qui les rend incessantes. Dans les cas de ce genre, on voit quelquefois se reproduire pendant vingt-quatre, trente, quarante, soixante heures, et sans aucune intermittence, des espèces de tressaillements spasmodiques dans les paupières, dans les muscles des joues, dans les muscles des lèvres, tandis que les bras, les mains, les cuisses, les jambes sont incessamment ébranlés par des espèces de secousses plus ou moins violentes (1). »

Ces séries d'attaques convulsives, qui peuvent se reproduire jusqu'à cinq ou six fois dans une année, finissent souvent par enlever les malades, puisque sur quatre-vingt-six

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 501.

observations, M. Parchappe a noté quarante fois cette cause de mort. Dans les cas où elles se terminent d'une manière heureuse, outre une aggravation dans les symptômes de la paralysie générale, qui s'explique sans peine par la désorganisation plus profonde du tissu nerveux et la formation de nouveaux produits plastiques, les congestions laissent après elles des contractures partielles, des hémiplégies plus ou moins accentuées, du grincement des dents, de l'obtusion de la sensibilité, et ce n'est en général qu'au bout d'une convalescence de durée variable que la maladie reprend sa physionomie habituelle.

Quelques-uns des accès convulsifs isolés que nous avons décrits plus haut ressemblent trait pour trait au grand accès épileptique et n'en diffèrent au premier coup d'œil que par la durée plus longue des accidents consécutifs et par les antécédents du sujet. Chez quelques autres malades, la congestion revêt non-seulement l'aspect de la grande attaque, mais encore les caractères du simple vertige ; c'est à peine si l'on observe alors quelques grimaces de la figure, quelques légers mouvements convulsifs du corps et une perte de connaissance passagère. Le vertige s'associe souvent à de grands accès convulsifs, et malgré sa bénignité apparente, accélère singulièrement la marche de la paralysie générale.

Il faut bien se garder de prendre ces divers accidents épileptiformes pour de véritables accès d'épilepsie venant compliquer la maladie première. La longueur du coma consécutif, qui se prolonge pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, la difficulté avec laquelle les malades reviennent à eux, la succession répétée des attaques, font voir, indépendamment de la connaissance des antécédents, qu'il s'agit ici d'accidents congestifs simulant l'épilepsie, et non de cette névrose elle-même. Il est toutefois remarquable qu'à la longue, lorsqu'ils se répètent fréquemment, les accès perdent quelquefois leur caractère primitif pour prendre momenta-

nément la durée, le pronostic et l'aspect complet de l'accès épileptique : ainsi, quelques minutes après l'attaque et sans aucun traitement, les malades reprennent d'eux-mêmes connaissance, ils n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé et supportent ainsi vingt, trente, quarante crises sans paraître beaucoup en souffrir, jusqu'à ce que l'une d'elles les emporte brusquement. Cette transformation, curieuse à observer, n'infirme en rien la nature et le point de départ de la maladie (1).

6° Enfin nous rangerons dans une dernière catégorie les congestions à formes irrégulières qui offrent un mélange de toutes les espèces que nous venons de décrire. Les convulsions, l'état comateux, les paralysies partielles, l'excitation maniaque, se succèdent alors sans ordre pour constituer un état complexe, peu susceptible d'une description uniforme. J'ai vu dans un cas de ce genre des convulsions choréiformes passagères venir encore se surajouter à tous les symptômes habituels.

Toutes ces diverses formes de congestion cérébrale peuvent s'observer successivement chez le même malade ; tel qui, à une première attaque, peut n'avoir eu que de l'agitation, aura des convulsions à une seconde et du coma à une troisième. On les observe à toutes les périodes de la paralysie générale, mais certaines circonstances favorisent singulièrement leur production; ainsi l'embonpoint des sujets, un régime trop abondant et trop substantiel, une digestion laborieuse, des vêtements trop serrés, l'exposition à une température trop basse ou trop élevée, des émotions morales intempestives, parfois même la périodicité, telles sont les causes occasionnelles que l'expérience permet de leur assigner. Il ne faut d'ailleurs jamais perdre de vue que si ces congestions se présentent souvent avec de la plénitude

(1) Marcé, *Note sur une espèce particulière de convulsions épileptiformes survenant chez des paralytiques aliénés* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, février 1861, t, XXVI, p. 250, et *Discussion*, p. 285 et suiv.).

du pouls, de la rougeur de la figure, parfois aussi elles s'accompagnent d'un état quasi-syncopal, et que ces deux variétés entraînent avec elles, ainsi que nous le verrons, des différences très tranchées dans le traitement.

2° Tumeurs sanguines de l'oreille.

A côté de la congestion cérébrale signalons une autre complication remarquable non par sa gravité, mais par sa singularité : je veux parler des tumeurs sanguines de l'oreille, ou *hématomes auriculaires*.

On rencontre quelquefois chez les aliénés et surtout chez les paralytiques, des tumeurs sanguines qui se développent à la face externe du pavillon de l'oreille : signalées en France dès 1838 par M. Ferrus, dans ses leçons de Bicêtre, ces tumeurs ont été étudiées depuis par MM. Belhomme, Cossy, Thore, Lunier et Renaudin, par M. Merland dans sa *Thèse inaugurale* en 1853, et plus récemment par M. Foville qui a précisé plus que ses devanciers leur siége anatomique. En Allemagne, Bird dès 1833 avait publié sur ce sujet un bon travail, et en 1848 le docteur Franz Fisher, médecin adjoint d'Illenau, leur avait consacré un article dans le journal de Damerow.

C'est presque exclusivement chez l'homme qu'existent ces collections hématiques, elles se rencontrent principalement dans la paralysie générale, mais quelquefois aussi dans la démence simple, la manie aiguë, la mélancolie, où elles sont en général un signe d'incurabilité; enfin on les a signalées dans les affections autres que la folie, dans l'hystérie (1), dans la fièvre typhoïde, chez les lutteurs de profession (2), chez des écoliers auxquels on avait tiré les oreilles (3).

La formation de ces tumeurs chez les aliénés a été attri-

(1) Bastien, *Thèse*, 1855.
(2) Jarjavay, *Anat. chirurg.*, t. I, p. 522.
(3) Mallez, *Thèse*, 1855.

buée à des causes diverses ; on a accusé les violences extérieures, les frottements qu'un malade peut exercer sur les bords d'un fauteuil, et surtout l'afflux sanguin considérable qui se fait vers l'extrémité céphalique. Il existe, en effet, un rapport intime entre la circulation des oreilles et celle du reste de la tête ; toutes les fois qu'il y a congestion cérébrale, les oreilles deviennent rouges et turgescentes, tandis qu'elles pâlissent dans la syncope ; or dans la paralysie générale où la congestion vers la tête est incessante, il est naturel de penser que les vaisseaux auriculaires finissent eux-mêmes par se dilater, de manière à favoriser ou même à déterminer à eux seuls la formation d'un épanchement sanguin. A l'appui de cette manière de voir, soutenue par MM. Belhomme, Cossy, Renaudin, Delasiauve et récemment par M. A. Foville (1), je citerai une observation publiée par moi en 1858, et dans laquelle les paupières étaient, en même temps que le pavillon de l'oreille, le siége d'une collection sanguine, comme si tous les capillaires de la face étaient à la fois le siége d'une même turgescence.

Un peu avant l'apparition de la tumeur, on remarque que les deux oreilles ou l'une d'elles deviennent rouges, sensibles et gonflées, en même temps que le malade présente tous les signes d'une circulation cérébrale très active ; parfois au contraire, la peau a sa coloration normale et le pavillon offre un peu d'œdème purement séreux. L'épanchement sanguin se produit rapidement, quelquefois en sept ou huit heures, et le plus souvent on ne s'aperçoit de son existence que lorsqu'il a acquis tout son développement.

Le volume de la tumeur est variable : elle peut être grosse comme un pois ou surpasser les dimensions d'un œuf de pigeon : elle fait alors une saillie considérable, et lorsqu'elle existe aux deux oreilles, elle donne à la physionomie vue de

(1) *Recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés* (*Ann. méd.-psychol.*, 1859).

face un aspect tout à fait singulier et caractéristique. Elle s'étend à tout le pavillon, sauf le lobule, oblitère le conduit auditif et amène de la surdité. La tumeur dure, rénitente, offre quelquefois une sorte de crépitation intérieure due à l'écrasement des caillots; dans quelques cas, elle est fluctuante au centre et indurée à son pourtour, comme dans les bosses sanguines du cuir chevelu. La peau, amincie, déplissée, est d'une coloration brune ou d'un rouge vineux, et l'hélix est contourné et bosselé. Si l'on pratique une ponction ou si la peau amincie vient à se rompre, l'ouverture donne issue à du sang ou à de la sérosité colorée par des globules sanguins non altérés, et l'introduction d'un stylet révèle en tous sens un décollement beaucoup plus considérable qu'on ne l'aurait supposé au premier coup d'œil. Pour peu que l'incision se referme, le liquide se reproduit rapidement, et en peu d'heures la tumeur reprend son volume primitif. Si l'ouverture est maintenue béante, il se produit un écoulement séro-purulent qui peut se prolonger longtemps, et se termine par la sécrétion de lymphe plastique, la formation d'adhérences et la cicatrisation. Mais il reste au niveau du pavillon une induration qui, bornée à quelques noyaux isolés quand la tumeur a été peu considérable, acquiert dans le cas contraire, l'aspect de bosselures dures, inégales et indélébiles, et laisse la partie supérieure du pavillon bizarrement ratatinée : il faut au moins six semaines pour que ces diverses périodes soient parcourues.

La tumeur, abandonnée à elle-même, diminue peu à peu de volume à mesure que s'opère la résorption sanguine, et laisse après elle les mêmes traces indélébiles.

On s'accordait généralement à regarder ces collections sanguines comme sous-cutanées, lorsque M. Achille Foville est venu révoquer en doute cette opinion et établir sur des bases irréfutables que l'épanchement sanguin siégeait entre le cartilage et le périchondre. Il a rappelé que le sang se résorbait

sans que la peau offrît les teintes décroissantes de l'ecchymose comme cela arrive dans les collections sous-cutanées, et qu'ici la tumeur était séparée de la peau par une membrane résistante, sensible au toucher; enfin, il a démontré que le périchondre, séparé du cartilage par l'épanchement sanguin, revenait sur lui-même à mesure que l'épanchement se résorbait, entraînait dans son retrait les autres parties du pavillon, et exhalait à sa face interne un cartilage de nouvelle formation, cause de l'épaississement et de l'induration qui persistent après la guérison de l'hématome auriculaire.

§ 8. — Anatomie pathologique.

C'est ici que pour la première fois nous pouvons placer un chapitre d'anatomie pathologique, chapitre exceptionnel dans l'étude des vésanies, mais devenu, grâce aux progrès de la science moderne, plus complet, plus satisfaisant pour l'esprit, que dans bien d'autres branches de la pathologie médicale. Rien n'est plus capable de donner du courage et de pousser énergiquement dans la voie des recherches nécroscopiques, que cette grande découverte qui permet d'assigner une cause anatomique certaine à toute une classe de maladies mentales, et d'étudier les rapports qui existent entre la lésion et la maladie.

Les altérations que présentent le crâne et le cuir chevelu dans la paralysie générale sont trop variables pour avoir une signification précise : quand la maladie a été longue, j'ai trouvé le crâne très épais et d'une densité anormale; le cuir chevelu est souvent très injecté quand le sujet a succombé à une congestion

La pie-mère, mise à nu, a perdu sa transparence et sa ténuité. Elle se présente sous la forme d'une membrane opaque, tomenteuse, rougeâtre, sillonnée de vaisseaux tor-

tueux, turgescents et entrelacés de mille façons. Le long des principaux troncs vasculaires se voient des traînées blanchâtres dues à des extravasations plastiques et se présentant même parfois sous forme de larges plaques que l'on rencontre surtout au niveau de la scissure de Sylvius. Le tissu cellulaire de la pie-mère, en même temps qu'il s'est épaissi et s'est infiltré d'une quantité plus ou moins grande de liquide séreux ou séro-sanguinolent, a pris plus de consistance : au lieu de s'enlever par lambeaux assez courts comme à l'état normal, cette membrane peut présenter assez de solidité pour résister à la traction des pinces et s'enlever par larges lambeaux, parfois même d'une seule pièce : ces altérations sont d'autant plus marquées que la maladie a été plus longue et s'est accompagnée d'un mouvement congestif plus intense. Mais c'est au moment où à l'aide d'une pince on commence à soulever la pie-mère pour la détacher de la partie correspondante de la couche corticale que se révèle la lésion caractéristique de la paralysie générale, je veux parler des *adhérences*. Les adhérences ne se forment pas d'emblée, elles sont précédées d'un état spécial parfaitement décrit par M. Calmeil, et qui indique une altération anatomique moins avancée. « Dans les cas, dit-il (1), où le travail inflammatoire a pu se concentrer d'une manière plus particulière, la pie-mère happe pour ainsi dire, par sa face interne, à la substance nerveuse corticale, et lorsque après quelques efforts de doigt on parvient à l'enlever, on aperçoit d'une manière à peu près constante, sur les endroits où elle happait davantage, des espèces de houppes vasculaires saignantes, formées par la réunion des capillaires congestionnés et rompus : au fond des principales anfractuosités, les capillaires se dessinent partout sous la forme de filaments tortueux. »

» Mais, dans un très grand nombre de cas, tous les efforts

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. I^er^, p. 262.

que l'on tente, toute la peine que l'on se donne pour séparer la pie-mère de l'élément nerveux sur lequel elle ne devrait être qu'appliquée, n'aboutissent à aucun résultat, et l'on est bientôt à même de constater qu'il s'est opéré une sorte de soudure maladive entre la trame de la pie-mère et la couche extérieure de l'élément nerveux cortical.

» Si l'on s'obstine néanmoins à opérer l'enlèvement des méninges, on n'en vient à bout qu'à la condition qu'on laissera une partie considérable de la substance nerveuse à la surface de la pie-mère, où elle adhère comme une sorte de doublure.

» Quand enfin on est parvenu à enlever à peu près les enveloppes membraneuses du cerveau et du cervelet, on se trouve avoir sous les yeux des surfaces excoriées, déchirées, rouges, saignantes, plus ou moins ramollies, quelquefois indurées et atrophiées. »

Les ulcérations qui se produisent à la surface du cerveau à la suite de l'ablation des membranes, varient beaucoup d'aspect et d'étendue ; elles peuvent consister en de simples érosions superficielles peu nombreuses, ayant à peine quelques millimètres d'étendue : parfois, au contraire, ce sont des pertes de substances profondes, irrégulières, raboteuses, qui peuvent envahir toute la superficie des circonvolutions : l'ablation des membranes ne peut alors s'opérer qu'au prix de la décortication complète du cerveau.

Les adhérences ne se rencontrent pas avec une égale fréquence sur toutes les parties des circonvolutions : on les trouve principalement en avant et à la face inférieure des lobes antérieurs, autour de la scissure de Sylvius, à la face convexe, et sur les faces pariétales; elles sont relativement moins communes sur les lobes occipitaux; sur le cervelet, elles occupent de préférence les côtés des faces supérieure et inférieure de cet organe. La fréquence plus grande des adhérences au niveau des lobes antérieurs me paraît en

rapport direct avec l'embarras de la parole que l'on observe dès le début de la maladie; j'ai même vu, dans un cas où cet embarras de la parole était porté jusqu'à l'impossibilité absolue d'articuler un seul mot, les adhérences exclusivement limitées aux lobes antérieurs.

Quel est l'état de la substance cérébrale elle-même au niveau des ulcérations? Elle présente des altérations qui portent essentiellement sur sa *consistance* et sur sa *coloration :* la *consistance* est diminuée, il suffit de la toucher du doigt pour la réduire en une pulpe molle qui correspond quelquefois à toute l'épaisseur de la couche corticale. « Dès l'origine de la maladie, dit M. Parchappe (1), et cela d'une manière constante, le ramollissement se produit dans l'épaisseur de la couche corticale, principalement au niveau de sa partie moyenne, et c'est alors que la traction des membranes, la pression du doigt ou l'introduction du manche du scalpel déterminent avec la plus grande facilité, dans une étendue plus ou moins considérable, la séparation de plaques de substance cérébrale, dont l'épaisseur égale environ la moitié de celle de la couche corticale. »

D'un autre côté la substance corticale ramollie ne présente presque jamais sa *coloration* normale : elle offre superficiellement des teintes qui varient depuis la couleur rosée jusqu'à la couleur lie de vin, et qui sont dues au développement plus considérable du réseau vasculaire. Lorsqu'on pratique sur elle des coupes perpendiculaires à l'aide d'un instrument bien affilé, de manière à isoler des tranches très minces, on constate à l'œil nu l'existence d'une injection très prononcée et d'une coloration anormale de la couche la plus profonde de la substance grise, qui se présente alors sous la forme d'une bande sinueuse de couleur violacée, appliquée immédiatement sur la substance blanche. Ce n'est qu'à une époque

(1) Parchappe, *De la folie paralytique*, 1859, p. 22.

très avancée de la maladie, et lorsque le malade n'a pas succombé à une congestion, que la couche corticale ramollie a une couleur pâle, gris sale, jaunâtre.

Quant à la substance grise envisagée dans son ensemble, elle présente une notable atrophie toutes les fois que la paralysie générale a été de longue durée, et son épaisseur en certains points peut se trouver réduite à la moitié de ce qu'elle est à l'état normal. L'atrophie ne porte pas d'ailleurs uniquement sur la substance grise; elle est très appréciable lorsqu'on pèse l'ensemble du cerveau, et M. Parchappe (1), dans les recherches dont nous avons parlé déjà, est arrivé à trouver en moyenne une différence de 179 grammes pour les hommes, et de 157 grammes chez les femmes, entre le poids du cerveau dans la paralysie générale, et le poids du cerveau dans la folie aiguë. L'atrophie du cerveau dans la paralysie générale, proportionnelle à la dégradation de l'intelligence, se révèle non-seulement par des pesées de l'organe, mais encore par l'aspect même des circonvolutions qui sont minces, amaigries, offrent moins de hauteur du fond de l'anfractuosité à leur bord libre, les anfractuosités elles-mêmes sont moins profondes et réduites à l'état de sillons remplis par la sérosité.

Il est évident que c'est dans la substance grise, substance éminemment vasculaire et dans laquelle les mouvements de nutrition sont les plus énergiques, que se concentrent les lésions anatomiques de la paralysie générale. Cependant la substance blanche n'est pas sans participer à ces altérations : on la trouve dans les centres ovales, dans les corps striés et la couche optique, fortement injectée et parcourue dans toute son étendue par des vaisseaux dilatés dont on retrouve les orifices béants à la surface des coupes pratiquées dans son épaisseur; ces vaisseaux donnent naissance à un

(1) *Loc. cit.*, p. 62.

piqueté abondant dans les cas où le sujet a succombé à une congestion cérébrale. De plus, quand la paralysie générale a eu une durée assez longue, la substance blanche peut offrir, au lieu de sa consistance normale, une induration spéciale : elle est alors ferme, élastique, et se laisse entamer difficilement; une section plane, pratiquée dans son épaisseur, devient légèrement concave à la manière du squirrhe par suite de la rétraction des tissus : cette même rétraction amène l'agrandissement des ventricules latéraux, et la membrane ventriculaire est parsemée de granulations fines, transparentes, visibles seulement à contre-jour, que M. Joire a signalées récemment jusque dans le quatrième ventricule.

Telles sont les altérations anatomiques visibles à l'œil nu dans la paralysie générale.

Mais il importe encore de poursuivre, à l'aide de l'examen microscopique, l'étude des altérations intimes de la substance cérébrale dont nous venons de retracer les apparences extérieures. M. Calmeil, le premier, est entré dans cette voie féconde avec une rare patience d'investigation. Cent fois j'ai répété ses préparations, soit seul, soit avec M. Robin, avec M. Luys, et toujours j'ai vérifié l'exactitude parfaite de ses laborieuses recherches, dont je ne saurais trop préconiser la valeur. Il faut voir, dans ce mode d'examen, autre chose que la satisfaction d'une vaine curiosité : à l'œil nu, nous constatons des différences de coloration, de consistance, d'aspect, mais nous n'apprenons rien des lésions intimes de ce tissu cérébral si délicat et si complexe; une foule de modifications nous échappent, et nous accusons l'impuissance de l'anatomie pathologique, alors qu'elle tient uniquement à notre indifférence vis-à-vis des moyens d'investigation que la science met à notre disposition.

Examinés au microscope, les vaisseaux de la pie-mère apparaissent avec un développement considérable, et les parois des capillaires sont souvent incrustées de fines granu-

lations : la trame elle-même de cette membrane offre des cellules granulées, des granules moléculaires épars, et des globules sanguins extravasés. Quant aux plaques opaques, elles sont formées de fibres volumineuses du tissu cellulaire au milieu desquelles ces vaisseaux sont rares et peu développés.

La substance grise ramollie, prise au niveau des ulcérations formées par l'ablation des membranes, offre, à un grossissement de 300 à 400 diamètres, des arborisations vasculaires, dont on n'apprécie bien le développement anormal que lorsqu'on examine comparativement, et avec le même grossissement, un fragment de substance grise saine. Là où, à l'état normal, on trouve, sous le champ du microscope, un ou deux vaisseaux, à l'état pathologique on en rencontre huit ou dix qui se divisent et se subdivisent, et forment, par leur croisement, des sortes de plexus. Parmi ces vaisseaux, les plus volumineux sont vides, les autres sont souvent distendus par des globules de sang empilés qui rendent toute circulation impossible. Les parois des capillaires sont presque toujours incrustées extérieurement de granules moléculaires très fins qui en rétrécissent le calibre ; d'autres sont comme parsemées de petites cellules agminées qui abondent dans les bifurcations des troncs vasculaires.

Outre ce développement anormal et cette altération des capillaires que l'on retrouve jusque dans la substance blanche, la substance grise présente une infiltration qui devient sensible lorsqu'on la comprime légèrement entre deux plaques de verre ; on voit alors s'échapper de tous côtés des courants de sérosité, puis, au milieu du parenchyme, se trouvent des amas de globules sanguins extravasés et plus ou moins déformés, des granules moléculaires plastiques et une foule de petites sphères ou disques finement ponctués, que M. Calmeil considère comme se formant au sein de la substance grise imbibée d'un plasma peu abondant. Ces mêmes disques

constituent çà et là des groupes ou des traînées dans les angles correspondant à l'embranchement des petits capillaires.

Ces altérations se rattachent à une vascularisation très intense et à l'extravasation d'un blastème, au milieu duquel des produits plastiques finissent par s'organiser : il en résulte que le parenchyme cérébral lui-même est profondément altéré; les cellules nerveuses sont rares, déformées, leurs connexions sont rompues, leurs contours perdent de leur netteté et de leur aspect normal, et elles finissent par se vider de leur contenu. Les tubes nerveux sont difformes, atrophiés, leur contenu s'échappe au dehors, et ils ne se présentent plus que sous forme de débris épars sous le champ du microscope.

Ces diverses lésions varient singulièrement selon la durée de la paralysie générale : les lésions vasculaires sont prédominantes dans les cas aigus, tandis que les épanchements plastiques et les altérations des tubes et des cellules sont plus caractérisés quand la maladie a marché avec lenteur.

A côté de ces lésions essentielles de la paralysie générale, il en est d'autres secondaires, mais assez fréquentes pour mériter ici une courte description; ce sont *les fausses membranes et les kystes de l'arachnoïde*, qui se rattachent, dans la grande majorité des cas, aux phénomènes de congestion observés pendant la vie, et enfin les *granulations de l'arachnoïde*.

Les *fausses membranes* ont été rencontrées par Bayle 1 fois sur 6 dans la paralysie générale, 1 fois sur 2 par M. Baillarger, 16 fois sur 80 autopsies faites à Charenton par M. Brunet (1). En général, elles s'observent chez les malades ayant offert pendant leur vie des symptômes de congestion cérébrale : adhérentes par des fibres lamineuses et

(1) *Thèse inaugurale.*

des vaisseaux avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde, elles glissent librement par leur face inférieure, polie, luisante et d'aspect séreux, sur le feuillet viscéral de cette membrane; parfois elles flottent dans la cavité arachnoïdienne et n'adhèrent au feuillet pariétal que par une seule extrémité. On les trouve indifféremment sur l'hémisphère droit, sur l'hémisphère gauche ou des deux côtés à la fois : d'abord molles, ténues, plus ou moins colorées en rouge, formées d'une matière amorphe finement granuleuse qui revêt peu à peu l'aspect fibrillaire, les fausses membranes deviennent avec le temps épaisses et résistantes; quand elles sont composées de plusieurs feuillets superposés que l'on peut dédoubler, et dans l'intérieur desquels on trouve des traces d'anciennes hémorrhagies, elles sont toujours le résultat d'un kyste sanguin dont le contenu s'est résorbé et dont les parois se sont adossées.

On a singulièrement disserté sur le mode de formation de ces néo-membranes. Pendant longtemps on les a regardées comme le résultat direct de la transformation d'un caillot méningé, opinion qui maintenant ne saurait être soutenue, car, d'un côté, les blastèmes ne sont pas formés de fibrine pure, comme le voulait Hunter, celle-ci étant complétement inassimilable à l'organisation, et, de l'autre, le sérum albumineux se résorbe très vite et ne peut devenir le point de départ d'un produit accidentel. L'opinion la mieux prouvée et la plus généralement admise consiste à regarder ces fausses membranes comme un produit de sécrétion du feuillet pariétal de l'arachnoïde. Si elles sont souvent rougeâtres et infiltrées de globules sanguins, c'est qu'il s'est produit au milieu d'elles de petites hémorrhagies dues à la rupture de quelques-uns de ces vaisseaux que les congestions habituelles de l'encéphale développent entre la dure-mère et la séreuse. Tantôt l'exsudation plastique et l'hémorrhagie se font en même temps, tantôt l'une précède l'autre.

Quant aux *kystes arachnoïdiens*, leur face inférieure, séreuse, glisse librement sur les circonvolutions qui se trouvent marquées à leur niveau d'une dépression plus ou moins profonde et d'une teinte jaunâtre ; leur face supérieure présente avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde des adhérences celluleuses plus ou moins solides. Lorsqu'ils sont de date récente, ils contiennent des caillots sanguins plus ou moins altérés, plus tard de la sérosité transparente, incolore ou citrine, parfois une matière caséiforme, ou bien une bouillie rougeâtre ou jaunâtre, dans laquelle le microscope permet de découvrir des cristaux d'hématine ou bien des globules sanguins à divers degrés d'altération.

Ces kystes ont une origine variable : tantôt ils sont formés par un épanchement sanguin qui, s'étant produit dans la cavité arachnoïdienne, détermine une inflammation de la séreuse au niveau des points avec lesquels il est en contact ; la lymphe plastique s'organise autour du caillot et lui forme son enveloppe kystique qui peut acquérir à la longue de la consistance et de l'épaisseur. Tantôt, au contraire, le sang, en s'épanchant, décolle une néo-membrane appliquée sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, une nouvelle lame membraneuse se forme à la partie supérieure de l'épanchement sanguin et complète l'enveloppe.

Rappelons enfin que le contenu des kystes arachnoïdiens peut se résorber complétement, que les parois de la poche s'accolent alors dans toute leur étendue, et donnent au premier coup d'œil l'idée d'une fausse membrane ; mais par une dissection attentive, on arrive toujours à détruire l'adossement des deux feuillets séreux, parfois même à retrouver des traces d'un épanchement ancien, qui ne laissent subsister aucun doute sur le point de départ de cette production pathologique.

Les *granulations de l'arachnoïde*, déjà signalées par Bayle, sont produites par des exsudats albumineux plastiques

qui se déposent à la surface libre de la séreuse sous forme de petites aspérités sphériques; la membrane est alors comme chagrinée et donne au toucher une sensation légèrement rugueuse. A la surface convexe des hémisphères, ces granulations sont blanchâtres, opaques, et coïncident presque toujours avec l'épaississement et l'injection de la pie-mère sous-jacente. Dans les cavités ventriculaires, elles sont plus petites, transparentes, et ne peuvent bien s'apercevoir qu'en examinant obliquement la surface ventriculaire; on les rencontre non-seulement dans la membrane qui tapisse les ventricules latéraux, mais encore dans le quatrième ventricule, sur sa paroi antérieure, où elles ont été de nouveau signalées par M. Joire dans un récent travail.

Les granulations arachnoïdiennes s'observent principalement dans la paralysie générale; mais de temps à autre on les rencontre dans la manie chronique, dans l'épilepsie, dans la démence, etc. En somme, c'est une lésion qui n'offre par elle-même rien de pathognomonique et qui s'accompagne toujours d'altérations cérébrales plus graves.

On a dit que les lésions anatomo-pathologiques n'étaient pas constantes dans la paralysie générale. M. Lélut, le premier, a rapporté deux observations de démence avec paralysie générale sans altérations du cerveau et de ses membranes (1). MM. Aubanel et Thore, ainsi que plusieurs autres aliénistes distingués, ont signalé des faits semblables. Quelle que soit la valeur de ces observateurs, je n'hésite pas à dire que la plupart des faits qu'ils ont mis en avant ne doivent pas être admis sans contrôle : ou le diagnostic de la paralysie générale laisse quelque doute dans l'esprit, ou l'examen anatomique a été fait d'une manière incomplète et sans le concours du microscope; en sorte que des lésions

(1) *Ann. méd.-psychol.*, t. Ier, p. 179.

peut-être fort importantes de la couche corticale ont pu passer inaperçues. Si d'ailleurs à ces faits très rares et considérés comme exceptionnels par ceux-là mêmes qui les ont publiés, on oppose l'immense majorité des résultats obtenus par l'expérience de chaque jour; si l'on songe que M. Calmeil, à quelque degré de la maladie qu'il ait étudié le cerveau d'un paralytique, y a retrouvé invariablement les modifications histologiques les plus accentuées, on arrivera sans peine à cette conclusion que les lésions de la couche corticale et les adhérences des méninges, telles que nous les avons décrites, se rattachent à la paralysie générale aussi intimement que les lésions des plaques de Peyer à la fièvre typhoïde.

Peut-on, de l'examen des lésions anatomiques, déduire la nature intime de la maladie ? M. Parchappe regarde le ramollissement de la couche corticale comme le résultat d'un état inflammatoire. M. Calmeil a renoncé à la qualification de paralysie générale des aliénés pour adopter celle de périencéphalite chronique diffuse, convaincu que la nature inflammatoire des altérations microscopiques qu'il a constatées ne saurait être mise en doute. Il se fonde sur la turgescence vasculaire du début, sur l'exsudation d'un plasma fibrineux qui s'organise plus tard en globules plastiques comme dans tous les milieux enflammés. Malgré l'autorité de ce médecin éminent, j'éprouve quelques scrupules en face d'une opinion aussi nettement affirmative. Comment se fait-il qu'une inflammation ne se termine jamais par suppuration, qu'elle se prolonge pendant deux années, trois années et même plus? La marche de la maladie et l'aspect de ses lésions me porteraient plutôt à admettre l'idée d'une congestion chronique avec exsudation, et, comme le dit M. Calmeil lui-même, « il nous a toujours paru que les périencéphalites chroniques diffuses, peu intenses, et qui s'annonçaient avec un caractère très marqué de simplicité,

tenaient bien plus de la congestion inflammatoire chronique accompagnée d'extravasation ou séreuse ou séro-fibrineuse peu riche en fibrine, que de la congestion avec extravasation d'une quantité notable de plasma fibrineux. »

§ 9. — Fréquence.

Si je suis porté à rejeter comme très douteuse l'idée d'une augmentation dans le nombre absolu des aliénés, je croirais volontiers à une augmentation relative dans le nombre des paralytiques. Il faudrait, pour justifier cette assertion, des statistiques comparatives qui malheureusement font défaut, et qui devraient avant tout être basées sur un diagnostic rigoureux ; mais je la donne comme le résultat de l'impression de plus d'un médecin. « Ce n'est plus, dit M. Calmeil, dans la proportion d'un quinzième, qui me paraissait déjà considérable autrefois, mais bien dans la proportion d'un quart à un tiers que les cas d'encéphalite chronique diffuse, se comptent parmi les hommes qui entrent chaque jour dans les asiles d'aliénés de nos grandes villes. Il en est à peu près de même d'après les renseignements que j'ai pu recueillir dans la plupart des grands établissements d'Angleterre. »

Des statistiques qui me sont personnelles me porteraient à élever encore le chiffre proportionnel indiqué par M. Calmeil et à admettre que le nombre des paralytiques égale presque chez les hommes la moitié des admissions, en ne tenant pas compte des idiots et des épileptiques. Il faut, dans cette augmentation du nombre des paralytiques, faire la part de la précision plus grande apportée maintenant dans le diagnostic ; mais si l'augmentation, malgré cette déduction, reste incontestable et absolue, comme je serais disposé à le croire, où trouver la cause de cette substitution d'une forme de folie à une autre? Comment la folie paralytique avec les lésions organiques qui l'accompagnent, avec cette congestion chronique, ces produits d'exsudation qui altèrent

si profondément le tissu cérébral, et amènent la mort en un temps déterminé, a-t-elle pris la place de ces formes qui ne laissent après elles aucune lésion organique constante? Ici nous entrons dans le champ de l'hypothèse. Les uns accusent l'activité fiévreuse du travail intellectuel dans les temps modernes, activité qui use plus promptement l'organisme et le rend moins capable de résistance ; mais on ne saurait accepter sans preuves rigoureuses cette explication banale que l'on applique à tout. Les autres, frappés surtout de la congestion chronique de l'encéphale, incriminent la réaction qui s'est opérée contre les doctrines de Broussais, et la singulière diminution qui s'est opérée dans la pratique des émissions sanguines, pure supposition dont on ne doit pas exagérer la valeur et qui ne change rien à l'importance du fait observé.

§ 10. — Causes.

Les *causes* de la paralysie générale, tout en se rattachant intimement aux causes générales de la folie, offrent des particularités dignes d'intérêt.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes l'*hérédité* joue un grand rôle, et M. Calmeil est peut-être encore au-dessous de la vérité en disant qu'on la rencontre dans un tiers des cas. La folie et la paralysie générale sont bien d'ailleurs deux rameaux d'une même famille, car parmi les parents de paralytiques, on rencontre indifféremment non-seulement des paralytiques, mais encore des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques qui se succèdent d'une génération à l'autre en se transmettant des aptitudes au fond identiques : il est curieux néanmoins de voir ces dispositions se traduire chez les uns par de simples névroses, chez les autres par une lésion organique constante du système nerveux.

Le *sexe* influe singulièrement sur la production de la maladie; très fréquente chez l'homme, elle est relativement assez rare chez la femme. Sur 86 cas de paralysie générale recueillis par M. Parchappe, 70 ont été rencontrés chez l'homme et 16 seulement dans le sexe féminin. En résumant les observations contenues dans le livre de M. Calmeil, on trouve que sur 82 faits, 73 ont été fournis par des hommes, et 9 par des femmes, en sorte que sur un nombre donné de paralytiques, un sixième seulement est fourni par le sexe féminin. Cette différence tient très probablement aux mœurs plus régulières et plus rangées des femmes; chez elles les travaux intellectuels excessifs sont plus rares, elles se laissent moins aller aux excès de toute nature auxquels l'homme est exposé, et abusent moins de la vie : ce qui le prouve, c'est que la classe des filles publiques fournit à elle seule un grand nombre de paralytiques; c'est encore que dans la classe aisée, où la femme mène une vie sobre, se trouve à l'abri de fatigues corporelles excessives et des préoccupations d'affaires, la proportion de la paralysie générale est encore moindre que dans les asiles réservés aux indigents. Il résulte pour moi d'une statistique faite dans un établissement privé que les femmes fournissent à peine un douzième des cas de paralysie générale.

L'influence de l'*âge* mérite une mention spéciale. Sur 82 faits observés par M. Calmeil, 24 malades avaient de 40 à 45 ans; 20 de 35 à 40 ans; 15 de 45 à 50; 9 de 30 à 35. Les autres faits, au nombre de 14, ont été rencontrés au-dessus de 45 ans et au-dessous de 30. M. Calmeil n'a jamais observé la maladie avant 22 ans; elle est rare encore de 23 à 26 ans, et ne commence à être fréquente qu'à partir de 30 ans. Dans la vieillesse elle est remplacée par des ramollissements plus ou moins étendus s'accompagnant de la démence dite sénile. En prenant l'âge moyen des trois séries de faits rapportés par M. Parchappe, j'ai trouvé pour

les hommes 44 ans et 42 ans pour les femmes. 300 faits recueillis dans mon service de Bicêtre se répartissent, quant aux âges, de la manière suivante : de 26 à 30 ans, 22 cas; de 31 à 35 ans, 55 cas; de 36 à 40 ans, 67 cas; de 41 à 45 ans, 56 cas; de 46 à 50 ans, 44 cas; de 51 à 55 ans 24 cas; de 56 à 60 ans, 25 cas; de 61 à 65 ans, 3 cas; de 66 à 70 ans, 4 cas.

En résumé, c'est de 35 à 45 ans que la paralysie générale se rencontre le plus communément.

On a dit que les *climats* exerçaient une action réelle sur le développement de la maladie, et qu'elle était rare dans les pays méridionaux. J'ai la conviction que ces différences tiennent presque uniquement à des erreurs de diagnostic. Beaucoup de médecins étrangers, et des plus instruits, méconnaissent la paralysie générale là où nous n'hésitons pas à l'affirmer, et ne consentent à l'admettre que lorsque la maladie est franchement entrée dans sa seconde période : il en résulte, au point de vue de la statistique, des différences de nombre considérables, dont j'ai reconnu plus d'une fois la cause en visitant des asiles étrangers; là je pouvais sans peine reconnaître les symptômes paralytiques chez des sujets considérés simplement comme aliénés.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles de l'*ordre moral*, nous devons principalement signaler les *travaux intellectuels* excessifs : c'est ainsi que, dans les asiles, les professions à travaux intellectuels donnent relativement un bien plus grand nombre de paralytiques que les professions à travaux manuels. Il résulte d'une statistique dressée avec le plus grand soin à Bicêtre par M. Contesse, interne de mon service, que sur une série de 300 paralytiques on en trouve 116 avec des professions à travaux intellectuels, c'est-à-dire 38 pour 100, et 184 sur 300, c'est-à-dire 61

pour 100 ayant des professions à travaux manuels. Or, une série de 300 malades atteints de délire non paralytique donne les chiffres suivants : 50 sur 300, c'est-à-dire 16 pour 100 appartenant aux professions intellectuelles; 250 sur 300, c'est-à-dire 83 pour 100 pour les professions manuelles. Ainsi, les professions intellectuelles, moins nombreuses dans les hôpitaux que les professions manuelles, donnent un chiffre de 15 pour 100 dans les cas de délire non paralytique et une proportion plus que double, 38 pour 100 dans les cas de paralysie générale.

A côté des fatigues intellectuelles excessives viennent les chagrins, la jalousie, l'orgueil, une ambition excessive appuyée sur des capacités intellectuelles insuffisantes, la misère, les privations et souvent la réunion de ces diverses influences.

Les causes *physiques* sont les coups et les chutes sur la tête, l'influence fâcheuse de certaines professions qui tendent à congestionner le cerveau; les individus qui vivent immobiles dans des espaces étroits et mal aérés, les cuisiniers qui sont sans cesse exposés à une température élevée et aux émanations des gaz résultant de la combustion, fournissent une assez grande proportion de paralytiques. Il en est de même des individus ayant de la tendance à la pléthore et aux congestions, surtout lorsqu'un flux sanguin comme le flux hémorrhoïdaire vient à se supprimer brusquement chez eux. On a noté, et j'ai moi-même constaté, une certaine fréquence des maladies du cœur et surtout de l'hypertrophie du ventricule gauche chez les paralytiques généraux : l'impulsion du sang vers les carotides et le cerveau étant plus vive, il en résulterait un état congestif de l'encéphale prédisposant singulièrement à ses diverses altérations : cette influence, quoique un peu exagérée par quelques auteurs, me paraît incontestable.

Je me contente de mentionner l'*érysipèle* de la face et du

cuir chevelu qui agirait également en provoquant l'afflux du sang vers le cerveau (1).

Une lésion antérieure du cerveau, comme l'*apoplexie* ou le *ramollissement*, peut devenir le point de départ d'une paralysie générale : la lésion d'abord circonscrite aux centres nerveux s'étend consécutivement à la couche corticale, et sur une hémiplégie incomplète de date ancienne, viennent s'implanter tous les symptômes de la folie paralytique; dans ces cas, en même temps que la cicatrice centrale, on trouve à l'autopsie le ramollissement de la couche corticale avec adhérence aux méninges.

La *pellagre* a été signalée comme cause de la folie paralytique; généralisant outre mesure quelques faits observés par lui, M. Baillarger a cru pouvoir affirmer que la paralysie pellagreuse n'était pas autre chose que la paralysie générale des aliénés, et n'en différait ni par les symptômes, ni par la marche, ni par les lésions anatomiques; nous verrons plus tard que cette opinion est loin d'avoir été confirmée par des recherches ultérieures, et que la paralysie pellagreuse constitue une espèce bien distincte à tous égards. Aussi, tout en reconnaissant que les pellagreux peuvent comme d'autres être atteints de paralysie générale, nous n'assignons à la pellagre, à ce point de vue spécial, qu'une influence étiologique très douteuse.

Dans quelques cas on a soupçonné *la syphilis* d'être la cause première de la paralysie générale, et l'on trouve dans les ouvrages de MM. Gros et Lancereaux et de M. Zambaco des observations à l'appui de cette opinion (1). Sans vouloir rejeter d'une manière absolue l'existence de cette influence étiologique, je crois qu'elle ne doit être admise qu'avec une certaine réserve; dans les cas où la mort a eu lieu, et où

(1) Baillarger, *Ann. méd.-psychol.*, 1849, t. XIII, p. 477.

(1) Gros et Lancereaux, p. 282 et suiv. — Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862, p. 315.

l'autopsie a démontré le ramollissement de la couche corticale avec adhérence aux méninges, on ne peut contester l'existence d'une paralysie générale, mais on peut toujours invoquer une simple coïncidence entre les antécédents syphilitiques et les symptômes observés. Dans les cas au contraire où le traitement antisyphilitique a donné une guérison inespérée, je vois que les malades présentaient de l'embarras de la parole, de l'incertitude dans la marche, de l'affaiblissement intellectuel, mais jamais à proprement parler de délire et surtout de délire ambitieux; en sorte qu'on croirait plus volontiers à une paralysie généralisée causée par des exsudations plastiques d'origine syphilitique, développée à la surface des hémisphères, qu'à une folie paralytique bien réelle.

Enfin à la série des causes occasionnelles il faut ajouter certaines intoxications comme l'intoxication *alcoolique* et l'intoxication *saturnine*.

Il existe incontestablement une paralysie générale d'origine saturnine. Quelquefois elle survient d'emblée, et comme premier symptôme d'intoxication, après une période prodromique signalée uniquement par des vertiges, de la céphalalgie; dans d'autres cas elle se développe chez des individus ayant éprouvé déjà à diverses reprises des coliques et de l'arthralgie. Les malades ainsi frappés se reconnaissent au début à leurs antécédents professionnels, ils présentent en outre le liséré gingival et leur peau ainsi que leurs ongles noircissent par plaques au contact des bains sulfureux. Mais à part ces symptômes qui disparaissent en un petit nombre de jours, la paralysie générale d'origine saturnine ne se distingue en aucune façon de la paralysie générale telle que nous l'avons décrite, et c'est bien à tort qu'on voudrait en faire une espèce distincte. Le délire de la première période est tantôt ambitieux, tantôt mélancolique ou hypochondriaque; l'embarras de la parole est le même; la marche de la maladie, tout en offrant des rémittences, conduit invariablement à

un résultat fatal. Enfin dans les cas où des autopsies ont été pratiquées, on a constaté comme de coutume l'existence de l'épaississement et des adhérences des méninges avec ramollissement de la couche corticale. Tout au plus serait-il permis d'insister sur la fréquence plus grande des troubles de la sensibilité au début de l'affection, et sur la rareté relative des antécédents héréditaires. Mais ce sont là de simples nuances, insuffisantes pour constituer une espèce morbide distincte, et les faits que j'ai observés par moi-même me portent à adopter entièrement l'idée émise par M. Devouges (1), que la paralysie générale saturnine ne mérite nullement d'occuper une place à part dans le cadre nosologique.

Des considérations analogues s'appliquent à la paralysie générale causée par *les excès alcooliques ;* une fois qu'elle est entrée dans son complet développement, elle ne diffère en aucune façon de la paralysie générale due à d'autres causes, les lésions anatomiques, les symptômes, la marche, la terminaison sont exactement semblables; au début, il est vrai, il existe certaines nuances dues à la spécificité de la cause et que nous devons signaler. C'est ainsi que le moment précis de l'invasion est difficile à fixer : certains alcooliques, abusant depuis longtemps de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe et ayant eu plusieurs accès de *delirium tremens*, présentent de l' affaiblissement de la mémoire, du tremblement des lèvres et des mains, parfois même un léger embarras dans la parole. Soignés à temps, ils peuvent encore guérir, et l'on voit avec une bonne hygiène, une nourriture fortifiante et la privation de boissons, rétrograder ces symptômes alarmants; mais au bout d'une ou deux rechutes, les malades continuant à se livrer aux mêmes excès, deviennent décidément paralytiques après être restés dans une situation intermé-

(1) *De la paralysie générale d'origine saturnine* (*Ann. méd.-psychol.* p. 521, 1857).

diaire dont les limites restent quelque temps douteuses. En outre, chez ces malades, les hallucinations de la vue m'ont paru plus fréquentes que de coutume, mais à part ces deux particularités, tout dans le développement ultérieur de la maladie prouve jusqu'à l'évidence qu'il s'agit ici de la paralysie générale, telle qu'on l'observe habituellement en dehors de toute cause spéciale.

§ 11. — Diagnostic.

Rien n'est quelquefois plus embarrassant que de distinguer une simple *manie ambitieuse* d'une paralysie générale à forme expansive. Le délire ambitieux a par lui-même tant de gravité; il est lié si intimement, dans l'immense majorité des cas, à l'existence d'un trouble de la motilité, qu'il doit à lui seul éveiller les craintes les plus vives, et amener dans l'esprit l'idée d'un pronostic sérieux. Cependant la manie ambitieuse, dégagée de toute complication, existe bien réellement, et tout médecin aliéniste a vu guérir des cas de ce genre. Aussi, lorsqu'en présence d'un malade offrant de l'excitation maniaque et des idées ambitieuses, on ne constate malgré les recherches les plus minutieuses, ni embarras dans la parole, ni trouble de la motilité, il faut savoir suspendre son diagnostic jusqu'au moment où on sera complétement renseigné sur les circonstances qui ont précédé le début de la maladie. S'agit-il d'une paralysie générale on apprend qu'avant l'apparition du délire maniaque à forme ambitieuse, il existait une diminution de la mémoire, de l'inaptitude au travail, de l'inertie et tous les symptômes d'un affaiblissement intellectuel, insuffisant peut-être pour frapper les yeux d'un observateur superficiel, mais devenant, au point de vue du pronostic, un antécédent de haute valeur. L'existence antérieure d'une ou de plusieurs congestions cérébrales doit également faire pencher la balance du côté le plus fâcheux, surtout lorsque ces congestions se sont

accompagnées d'embarras dans la parole et d'idées ambitieuses. Ces derniers symptômes sont d'autant plus importants à rechercher, qu'ils peuvent être passagers et faire place à un état de rémittence qui trompe pendant quelque temps sur la nature et l'issue définitive de la maladie.

Si tous ces antécédents font défaut, si les accidents ont éclaté brusquement et sans prodromes appréciables, le médecin restera dans le doute tant que persistera la forme ambitieuse du délire, et tant que l'embarras de la parole fera défaut ; sans rassurer encore complétement sur l'existence d'une paralysie générale, il fera entrevoir la possibilité de la guérison, surtout si la disparition de l'agitation ne laisse ni embarras de la parole, ni affaiblissement intellectuel ; jamais d'ailleurs il n'oubliera que les cas de ce genre sont rares, et qu'en dehors de l'alcoolisme, toutes les fois qu'il existe un délire ambitieux bien accusé, la guérison ne doit être regardée comme sérieuse qu'après une longue épreuve, et est, en somme, une rare exception.

Distinguer la *monomanie ambitieuse* de la paralysie générale, ne saurait être l'objet de sérieuses difficultés. La marche si différente de la monomanie et de la paralysie générale, la présence ou l'absence des troubles de la motilité, servent de base au diagnostic ; quant au délire lui-même, il offre des différences bien tranchées. Les monomaniaques orgueilleux qui se disent prophètes, fils de rois, généraux, ministres, qui s'attribuent une grande fortune, une grande puissance, sont bien souvent des hallucinés qui, malgré leurs idées délirantes, conservent de la vigueur et de la logique dans leurs conceptions. Leurs allures, leur tenue, leurs paroles, sont rigoureusement conformes à leurs prétentions, ils se montrent fiers, dédaigneux, susceptibles, exigent qu'on leur rende des honneurs, et forgent, à propos de leur naissance, de leur position sociale, des histoires qui, malgré leur invraisemblance, s'enchaînent avec assez de suite

et ne sortent pas de l'ordre des choses possibles ; de plus, ils sont conséquents avec eux-mêmes, et les titres qu'ils s'attribuent ne présentent entre eux rien de contradictoire. Rien de semblable, nous l'avons vu, n'existe chez les paralytiques, dont les idées sont essentiellement mobiles et absurdes ; ils sont à la fois pape et empereur ; tout en parlant de leurs richesses et de leurs millions, ils avouent leur profession, quelque humble qu'elle puisse être, et racontent qu'ils gagnent quarante sous par jour. Enfin les monomaniaques ambitieux conservent pendant des années entières leur délire organisé et systématisé ; chez les paralytiques, au contraire, les idées se dissocient et perdent chaque jour de leur cohérence.

Le diagnostic de la *mélancolie avec stupeur* et de la paralysie générale à forme mélancolique, exige dans certains cas une attention soutenue ; les idées délirantes sont en effet les mêmes, l'obtusion des idées simule la démence, et la stupeur amène avec elle des troubles de la motilité, bien capables d'égarer le diagnostic.

1° Il faut, dans ces cas douteux, recourir avant tout à l'étude des antécédents. Tout ce que nous avons dit, à propos de la manie ambitieuse, sur la valeur de la congestion cérébrale et de l'affaiblissement même léger des facultés intellectuelles comme phénomènes prodromiques de la paralysie générale, doit être ici rappelé : on saura si le sujet conservait la même aptitude au travail, si son ouvrage manuel avait perdu de sa perfection et de sa sûreté, s'il ne commettait pas de graves erreurs de calcul ; on se mettra en garde contre les assertions des gens du monde qui désignent sous le nom de syncopes ou de spasmes nerveux des congestions de courte durée, analogues au vertige épileptiforme, et dont l'importance sémiologique est considérable.

2° On examinera ensuite le sujet au point de vue de l'état intellectuel. Le délire mélancolique ou hypochondriaque de la paralysie générale revêt un caractère particulier d'absur-

dité et d'incohérence ; les idées ne sont ni logiques, ni tenaces, et parfois au milieu du délire mélancolique le plus complet, on voit se glisser quelque idée délirante de nature ambitieuse : les mots de millions, de milliards, succèdent à des lamentations, à des craintes de mort, à des idées de ruine. Dans la mélancolie simple, le délire, quoique monotone, n'offre pas le même cachet d'absurdité et ne se complique jamais d'idées ambitieuses.

3° Parmi les troubles de la motilité, il en est un, l'inégalité de la contraction pupillaire, qui ne se rencontre pas dans la mélancolie, mais ce symptôme n'est pas assez constant pour qu'on en puisse faire la base d'un diagnostic. Chez le mélancolique, la parole est lente, le tremblement fibrillaire toujours moins marqué que chez le paralytique ; quant aux évacuations involontaires, on n'oubliera pas qu'elles peuvent se présenter d'emblée dans la mélancolie pour peu que la stupeur soit profonde, tandis que dans la paralysie générale, c'est un symptôme qui arrive lentement et progressivement. Et, d'ailleurs, la lenteur des mouvements, la faiblesse musculaire survenant dès le début de la stupeur, diffèrent notablement de cet état quasi-convulsif, de ces mouvements roides et mal coordonnés, mais énergiques, de la paralysie générale commençante.

Tels sont les éléments du diagnostic différentiel, mais il existe des cas où les difficultés sont presque insurmontables. Que dire, par exemple, lorsque le mutisme presque absolu d'un malade dont on ignore les antécédents, enlève au médecin la possibilité d'explorer deux points d'une importance capitale : d'un côté, le mode d'articulation des mots, de l'autre, la nature des idées délirantes? C'est alors qu'il faut recueillir avec soin les moindres paroles, saisir à la volée les mots capables de mettre sur la trace du délire. Au milieu des apparences de la dépression la plus complète, on voit quelquefois s'échapper des qualifications ambitieuses, des

mots isolés de millions et de diamants. Chez un jeune homme que j'ai observé et qui resta muet pendant trois mois, ces mots : « Je suis le fils de l'empereur » qui lui échappèrent un jour, mirent sur la voie d'un diagnostic qui fut confirmé par l'évolution ultérieure de la maladie. Chez un aliéné de Bicêtre qui vécut cinq mois dans un mutisme complet sans qu'il fût possible de préciser la nature de la maladie, j'observai avec étonnement, au moment du réveil, un embarras très notable de la parole qui ne laissait aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale et sur les progrès que la maladie avait faits pendant cette période d'inertie absolue.

Dans tous ces cas fort difficiles, le médecin doit savoir attendre l'évolution des symptômes avant de se prononcer : il est bien rare qu'au bout de peu de semaines son diagnostic reste encore incertain.

Déjà nous avons eu occasion de traiter des différences qui séparent la *démence simple* de la paralysie générale. La démence simple ne survient jamais d'emblée, elle ne se développe que consécutivement à une affection mentale existant déjà depuis un certain nombre d'années, et cela progressivement et par des nuances difficiles à percevoir au début ; les idées délirantes qu'elle présente ne sont pas autre chose qu'un reflet éloigné de celles qui caractérisaient la maladie première. La démence paralytique, au contraire, atteint en peu de semaines, en peu de mois, un degré tel, qu'elle ne peut plus être contestée, elle n'a été précédée d'aucune affection mentale et ne tarde pas à s'accompagner d'idées délirantes ou ambitieuses ou mélancoliques. Il va sans dire que la présence ou l'absence de l'embarras de la parole et des autres altérations du mouvement serve toujours de base principale au diagnostic différentiel.

La paralysie générale ne sera jamais confondue *avec l'apoplexie ou le ramollissement du cerveau*, lorsque ces lésions sont unilatérales. Le début subit des accidents et l'existence

d'une hémiplégie sont des symptômes qui ne laissent aucune prise au doute. Il n'en est plus de même des faits d'hémorrhagie ou de ramollissement du cerveau siégeant dans les parties centrales ou occupant à la fois les deux hémisphères. Dans ces derniers cas, il n'y a pas d'hémiplégie appréciable, la paralysie envahit à la fois tous les membres dont les mouvements perdent en précision, en régularité; la marche est difficile, la préhension est incertaine, les mouvements de la langue s'embarrassent et la parole devient confuse et embrouillée. En même temps, l'intelligence s'affaiblit, le malade rit et pleure sans motif, sa mémoire se perd, son caractère devient difficile et irritable, et quelquefois même des idées de défiance et des craintes de vol se surajoutant à cet état de faiblesse intellectuelle, amènent avec elles un peu d'agitation : dans quelques observations de ce genre, l'autopsie seule peut mettre sur la voie du véritable diagnostic. Voici toutefois les nuances sur lesquelles il est utile de s'appesantir : dans le ramollissement des deux hémisphères, les troubles du côté de la motilité sont plus marqués dès le début que dans la paralysie générale; il y a bien de l'embarras de la parole, mais c'est un bredouillement des mots, un empâtement, qui diffère du bégayement spécial des paralytiques. Enfin je n'ai pas observé chez ces malades le mouvement vermiculaire des lèvres et des muscles de la face, et jamais je n'ai vu poindre, même d'une manière passagère, les idées ambitieuses qui surviennent à des périodes si variables dans la paralysie générale.

§ 12. — Traitement.

Malgré la gravité extrême de la paralysie générale, la possibilité de prolonger les jours, d'obtenir même des rémittences assez longues simulant la guérison, enfin le désir de soulager les malades et l'espoir d'arriver à quelque résultat

inespéré, doivent soutenir le courage du médecin lorsqu'il instituera son traitement.

Tout ce que nous avons dit au sujet de la nécessité de l'isolement est applicable à la paralysie générale dès son début : quelle que soit la forme du délire, le malade trouve chez lui, au milieu de ses affaires, de sa famille, d'incessants motifs d'excitation, et se refuse opiniâtrément à tout traitement sérieux. Tout au plus est-il permis de temporiser lorsqu'il s'agit d'individus présentant cet ensemble de symptômes que nous avons désignés sous le nom de variété paralytique; mais, même dans ces cas, les progrès de la démence, l'irascibilité, les antipathies déraisonnables, forcent tôt ou tard à recourir à l'admission dans un asile pour éviter quelque grave accident.

Le traitement devra varier selon l'aspect que revêt la maladie. Si le sujet est jeune, robuste, pléthorique, il pourra être utile de pratiquer, non des saignées générales abondantes qui débiliteraient le sujet, mais des émissions sanguines locales, modérées et répétées périodiquement, de manière à opérer à la fois une révulsion et une déplétion. Les sangsues devront être appliquées à l'anus, à la vulve, lorsqu'il s'agit chez les femmes de suppléer à l'écoulement menstruel. Au lieu de faire une seule application, mieux vaut les apposer successivement, et une à une, en remplaçant par une sangsue nouvelle la sangsue qui vient de tomber, selon la méthode employée par Gama dans les plaies de tête. Les ventouses scarifiées à la nuque seront mises en usage avec grand avantage, surtout dans la pratique hospitalière.

Si à la pléthore, à l'état congestif de l'encéphale, il se joint de l'agitation, il est bon de recourir aux bains prolongés pendant deux, trois et quatre heures, en ayant soin d'appliquer sur la tête des compresses ou une éponge imbibées d'eau froide. Ici, comme dans la manie, les bains prolongés répétés tous les jours ou tous les deux jours, en proportion-

nant leur fréquence et leur durée aux forces du malade, sont un des meilleurs sédatifs que l'on puisse employer. Les purgatifs rendent encore les plus grands services : il faut les employer d'abord à cause de la constipation qui est incessante et prédispose aux congestions, ensuite à titre de médication révulsive ; l'huile de ricin, les sels de soude et de magnésie sont d'un usage à peu près général. Le jalap, seul ou associé au calomel, n'a aucune saveur et peut être administré dans les aliments, à l'insu des malades soupçonneux et récalcitrants. L'aloès, outre ses propriétés purgatives, a l'avantage lorsqu'il est donné à petites doses, de congestionner la partie inférieure du rectum et de contribuer ainsi à désemplir les vaisseaux de l'encéphale ; aussi est-il utile, lorsqu'une application de sangsues doit être faite à l'anus, de l'administrer deux ou trois jours à l'avance afin d'obtenir une perte de sang plus abondante.

Les bains et les purgatifs convenablement administrés forment au début de la paralysie générale à forme expansive, le fond de la médication sédative. L'opium et les narcotiques n'exercent qu'une action fort douteuse et demandent à être maniés avec beaucoup de prudence.

Le régime devra être surveillé avec le plus grand soin ; les promenades ne seront jamais poussées jusqu'à la fatigue ; on évitera pour les malades les chaleurs excessives et les froids trop intenses ; les cheveux resteront courts et la tête peu couverte, les vêtements et surtout la cravate seront très lâchement serrés, l'alimentation sera légère et modérée. Habituellement les paralytiques ont une grande voracité et ingèrent des quantités d'aliments considérables surtout vers la deuxième période : il faut restreindre leurs repas, principalement les repas du soir, n'accorder qu'une petite quantité de mets substantiels, insister sur les viandes blanches, sur les légumes, bannir le vin pur et tous les excitants, et donner des boissons délayantes et acidulées.

Quand la paralysie débute sous la forme mélancolique ou sous la forme de démence simple, les émissions sanguines sont plus rarement indiquées; les bains, les purgatifs trouvent encore de nombreuses applications, mais les révulsifs énergiques, comme le séton à la nuque, les cautères, les moxas, aident singulièrement, lorsque le malade n'est pas épuisé, à combattre cet état de torpeur et d'inertie, et à provoquer un peu de réaction.

Il n'est pas rare d'ailleurs, dans ces deux formes, de constater non de la pléthore, mais un état profond d'anémie et d'épuisement, qui tient à la dépression mélancolique, au refus d'aliments, et bien souvent aux excès qui ont signalé le début de la maladie ; on n'obtient dans les cas de ce genre un peu d'amélioration qu'à l'aide d'un traitement tonique et reconstituant, du quinquina, du fer, de l'huile de foie de morue. L'iode, l'arsenic, employés à faible dose, raniment les fonctions digestives et m'ont donné à Bicêtre quelques résultats satisfaisants. On ne négligera pas l'emploi de l'iodure de potassium et des mercuriaux dans les cas où l'on soupçonnera une origine syphilitique.

Quand la maladie a atteint sa seconde et sa troisième période, quand la substance cérébrale est désorganisée par l'exsudation de produits plastiques, il ne faut plus songer à un traitement rationnel. La thérapeutique des symptômes et quelques précautions hygiéniques bien entendues sont les seuls moyens à mettre en usage : il faut lever régulièrement les malades et les tenir dans une grande propreté pour éviter ou retarder la formation des eschares ; on surveillera la régularité des évacuations alvines, on se mettra en garde contre la rétention d'urine qui disparaît en général après deux ou trois cathétérismes; plus tard, quand le malade devient gâteux, on usera envers lui de tous les moyens spéciaux dont nous nous sommes occupé dans un précédent chapitre.

Enfin, si la déglutition devient difficile, on substituera aux aliments ordinaires des hachis, des bouillies de diverses natures qui, tout en exigeant moins impérieusement la mastication et l'insalivation, peuvent être avalés sans effort et courent moins de risques de s'égarer dans le larynx.

De toutes les complications, la congestion cérébrale est celle qui nécessite le plus souvent l'intervention active du médecin. Toutes les fois qu'elle se montre sous forme d'une première attaque apoplectiforme avec convulsions épileptiques, il est rare que la saignée, soit générale, soit locale, ne soit pas indiquée pour combattre le violent afflux sanguin qui se fait vers le cerveau; mais si les convulsions se renouvellent, il faut être plus sobre d'émissions sanguines et insister spécialement sur l'emploi des purgatifs, des drastiques, des révulsifs, comme les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses sèches. Les mêmes moyens seront applicables dans toutes les formes de convulsions, selon l'état général du sujet. Dans les cas graves, lorsqu'il faut agir vite sans qu'il soit prudent de recourir à la saignée générale, j'ai retiré des avantages réels de l'emploi des grandes ventouses Junod qui amènent vers les extrémités inférieures des masses de sang considérables, et font pâlir subitement le visage; mais il faut surveiller leur action, la prolonger assez longtemps, et bien se garder de l'arrêter brusquement, de peur d'amener vers le cerveau une réaction qui pourrait être funeste.

La compression des carotides peut être tentée avec quelque chance de succès dans les cas où rien ne parvient à modérer le mouvement congestif.

Enfin, s'il reste un état comateux lent à se dissiper et pouvant faire craindre un épanchement séreux dans les méninges, on doit recourir au calomel à dose fractionnée, aux réfrigérants, à la glace appliquée sur la tête, en consultant toujours avec soin l'état du pouls, car ce dernier moyen amène parfois une sédation dangereuse.

Lorsque la congestion se présente sous la forme de vertige épileptique, ou bien revêt une forme bénigne, il importe de ménager avant tout les forces du malade et de se borner à des pédiluves irritants, à des lavements purgatifs qui suffisent en général pour combattre les accidents du moment.

Telles sont les seules règles de traitement que l'on puisse tracer. L'expérience indiquera bien vite les indications qui résultent de chaque cas particulier.

TROISIÈME PARTIE

ÉTATS MORBIDES SE RATTACHANT INDIRECTEMENT A L'ALIÉNATION MENTALE.

CHAPITRE PREMIER.

IDIOTIE ET CRÉTINISME.

Idiotie. — Définition. — Division. — Description. — Causes. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — Traitement.

Crétinisme. — Définition et synonymie. — Description. — Causes. — Nature et cause prochaine du crétinisme. — Traitement.

ARTICLE I.

DE L'IDIOTIE.

§ 1er — Définition.

On désigne sous le nom d'*idiotie* l'arrêt de développement de l'intelligence lié à un vice congénital ou accidentel de l'encéphale : bien qu'il entraîne avec lui la privation du libre arbitre et l'absence de responsabilité morale, c'est, au point de vue nosologique un état bien différent de la folie.

L'idiotie a été désignée par Sagar, par Vogel, sous le nom d'*amentia*, d'*imbecillitas ingenii ;* Sauvages l'appelait *fatuitas ;* Linné, *morositas ;* Ph. Pinel en fit un genre de folie qu'il nommait idiotisme ou oblitération des facultés intellectuelles et affectives (1), mais il suffit de jeter un coup d'œil sur sa description pour voir que, sous le nom d'idiotisme, cet auteur confondait à la fois l'idiotie, la démence et la stupeur. Au

(1) Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition. Paris, 1809, p. 181.

mot idiotisme qui avait déjà une signification grammaticale à part, Esquirol substitua celui d'idiotie, et en même temps il sépara bien nettement l'idiotie de la démence (1). « L'homme en démence, dit-il, est privé des biens dont il jouissait autrefois; c'est un riche devenu pauvre : l'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère. L'état de l'homme en démence peut varier, celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup des traits de l'enfance, celui-là conserve beaucoup de la physionomie de l'homme fait. Chez l'un et l'autre les sensations sont nulles ou presque nulles, mais l'homme en démence montre, dans son organisation et même dans son intelligence, quelque chose de sa perfection passée; l'idiot est ce qu'il a toujours été, il est tout ce qu'il peut être relativement à son organisation primitive. » Non-seulement Esquirol sépare l'idiotie de la démence, mais il la distingue encore de cet état aigu et passager que nous avons décrit sous le nom de *mélancolie avec stupeur*. « Il est, ajoute-t-il, des individus qui paraissent privés de sensibilité et d'intelligence, qui sont sans idées, sans paroles, sans mouvement; qui restent où on les pose, qu'il faut habiller, nourrir à la cuiller. Ne sont-ce pas des idiots? Non, sans doute.... Dans tous ces cas, les facultés intellectuelles et sensitives s'exercent énergiquement, les apparences trompent, il n'y a pas d'idiotie. »

L'idiotie diffère donc radicalement de la folie : ce n'est pas une maladie, c'est une infirmité.

§ 2. — Divisions.

Il existe des nuances infinies dans les degrés de l'idiotie, depuis l'oblitération la plus complète de l'intelligence jusqu'à la faiblesse d'esprit désignée sous le nom d'imbécillité, jusqu'à ces déviations intellectuelles qui ne se révèlent qu'à une observation plus attentive encore, et que quelques auteurs avaient rangées parmi les monomanies instinctives.

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 285.

Esquirol (1), se fondant sur l'état de la parole, admettait dans l'idiotie et l'imbécillité cinq degrés distincts : « Dans le premier degré de l'imbécillité, la parole est libre et facile; dans le second degré, la parole est moins facile, le vocabulaire plus circonscrit. Dans le premier degré de l'idiotie proprement dite, l'idiot n'a à son usage que des mots, des phrases très courtes; les idiots du deuxième degré n'articulent que des monosyllabes ou quelques cris; enfin dans le troisième degré de l'idiotie, il n'y a ni parole, ni phrase, ni mots, ni monosyllabes. »

A cette division un peu complexe et fondée sur une base contestable, l'état de la parole, nous préférons, pour plus de simplicité dans la description, les trois classes admises par M. Dubois (d'Amiens) (2) : dans la première, il place ceux qui présentent le plus haut degré d'abrutissement et sont réduits à l'automatisme ; la seconde comprend les idiots qui ne possèdent que des instincts; enfin la troisième appartient à ceux qui possèdent des instincts et des déterminations raisonnées, c'est-à-dire les imbéciles.

Nous avons, en outre, à dire un mot des enfants arriérés et des intelligences anormales qui, tout en restant en dehors de l'idiotie, s'y rattachent logiquement.

§ 3. — Description.

1° *Idiots complets.* — Au degré le plus avancé, les idiots sont des êtres inertes, sans sensibilité, sans idées morales, dépourvus même de l'instinct de la bête. Le regard est hébété et sans expression, ils n'ont ni goût ni odorat, ne savent même pas manger seuls, et il faut porter leurs aliments jusque dans la bouche et dans l'arrière-gorge pour provoquer la déglutition. D'autres mangent avec moins de diffi-

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 340.

(2) *Mémoires de l'Acad. royale de médecine.* Paris, 1837, t. V, p. 553.

culté, mais avalent indistinctement tous les objets qui se trouvent à leur portée, de la terre, des cailloux, du linge, des matières fécales; la salive s'écoule à travers les lèvres pendantes, les évacuations sont involontaires, les mouvements incertains et sans précision; le regard est vague et ne peut être dirigé. Beaucoup sont sourds, aveugles et muets; tout au plus peuvent-ils faire entendre un son rauque et inarticulé à l'aide duquel ils manifestent quelques-uns de leurs besoins. La plupart sont rachitiques, couverts de scrofules, et à côté de vices de conformation de toute nature, présentent des paralysies partielles, des mouvements convulsifs isolés, de la chorée, et fort souvent de l'épilepsie. Ces êtres dégénérés, hideux à voir, vivent d'une vie purement végétative, et leur spontanéité ne se traduit que par des manœuvres de masturbation ou quelques tics bizarres, quelques habitudes automatiques qu'ils répètent machinalement, à l'instar de la brute. Il n'est pas rare d'observer chez eux, en même temps que ces symptômes de dégradation, un arrêt de développement qui porte non-seulement sur le système nerveux central, mais encore sur toute l'organisation : la seconde dentition ne se fait pas, et ils conservent leurs dents de lait indéfiniment; aucun signe de puberté, aucun développement de la taille, à vingt ans, ils ont l'aspect et les allures d'un enfant de quatre ans. A ce degré, l'idiotie n'est pas compatible avec une longue existence. La plupart de ces malheureux succombent jeunes, et peu d'entre eux dépassent l'âge de vingt-cinq à trente ans.

2° *Idiots au deuxième degré.* — Entre les idiots d'un degré aussi avancé et les sujets atteints de simple imbécillité, il existe toutes les nuances possibles, autant sous le rapport du développement physique que du développement intellectuel : aussi observe-t-on de grandes variétés parmi les individus de la seconde catégorie. En général, ils ont à leur disposition quelques mots, quelques monosyllabes, quelques

phrases plus ou moins nettement articulées; ils mangent seuls, vont quelquefois chercher leurs aliments, rejettent ceux qui ne leur conviennent pas, manifestent quelques désirs; ils reconnaissent ceux qui vivent autour d'eux, témoignent de la gratitude envers ceux qui leur donnent des soins. Le cercle de leurs notions intellectuelles est très restreint : pour en avoir une idée approximative il suffit de demander à un idiot son nom, son âge, la date et le lieu de sa naissance, de le faire compter, en commençant par les calculs les plus simples, de l'interroger sur les couleurs, les jours, les mois; de cette façon on arrive bien vite à voir quelle est la portée de son esprit.

On a dit, et avec raison, que chez ces êtres dégénérés les facultés de juger, de raisonner, de comparer, étaient nulles et étaient remplacées par des instincts. Chez quelques-uns, c'est l'instinct musical qui domine : on a vu des idiots incapables d'énoncer une idée suivie, de retenir la moindre notion, danser en mesure, répéter les airs même compliqués qui sont chantés devant eux; d'autres sont remarquables par leur esprit d'imitation; ils exécutent machinalement, instinctivement ce qu'ils ont vu faire par d'autres sans avoir aucune conscience de la valeur et de la signification de l'acte commis: un idiot égorgea un homme après avoir vu égorger un cochon; un autre était parvenu à imiter, avec une rare perfection, les attaques d'épilepsie. Il en est chez lesquels prédomine l'instinct génital; ils courent après toutes les femmes et se masturbent en public sans aucun sentiment de pudeur. Dans les réunions d'idiots adultes, les tendances à la pédérastie sont telles qu'elles nécessitent la plus grande surveillance. Enfin, la plupart d'entre eux sont voleurs, gloutons, paresseux, irascibles; dans leurs moments de colère, ils poussent des cris violents, cherchent à frapper les autres, mais plus souvent se mordent, se déchirent et se frappent eux-mêmes comme certains animaux.

Chez les idiots de cette catégorie, le développement physique est plus complet que chez ceux de la dernière classe; les difformités de la tête sont moins constantes, leur taille est plus élevée, leurs forces musculaires plus considérables, et leur vie peut se prolonger longtemps. Beaucoup cependant présentent des vices de conformation plus ou moins accusés, portant sur des organes autres que le cerveau. La surdi-mutité, le strabisme, les divisions congénitales du voile du palais, les anomalies de la dentition, le développement inégal des deux moitiés de la face, les courbures du rachis, se rencontrent chez eux avec une grande fréquence; quelques-uns sont choréiques, balancent leur tête, leurs bras, leurs jambes d'une manière monotone, uniforme; d'autres sont paralytiques : tantôt ce sont des paralysies du mouvement limitées à un membre, aux deux extrémités inférieures ou à une moitié du corps, et s'accompagnant d'atrophie et de contracture des muscles; tantôt c'est une obtusion de la sensibilité qui les rend impassibles aux coups, aux blessures, aux complications traumatiques les plus graves. Esquirol parle d'une idiote qui se perça la joue avec le doigt; on en voit tous les jours qui se mutilent à plaisir sans éprouver la moindre douleur. Enfin, l'hystérie chez les femmes, l'épilepsie chez l'homme, compliquent fréquemment l'idiotie et viennent aider encore à l'oblitération des facultés intellectuelles.

3° *Imbéciles.* — Les imbéciles sont en général bien conformés, leur taille est élevée, leurs muscles sont vigoureux; leur tête qui présente souvent, mais à un degré moins prononcé, toutes les anomalies que nous signalerons plus loin chez les idiots, est, chez d'autres sujets, remarquable par la régularité de la forme et l'harmonie des traits. Les imbéciles ont l'usage complet de la parole; tout au plus présentent-ils dans l'articulation des consonnes quelques vices de prononciation suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic dès les premières phrases qu'ils prononcent. Ils ont des facultés

intellectuelles et affectives, mais à un degré moins élevé que l'homme parfait; à peine peuvent-ils apprendre à lire, à écrire, à compter; incapables d'attention, entraînés par la mobilité de leurs idées et par un bavardage incessant, ils peuvent imiter, mais ils ne produisent rien, ne perfectionnent rien, et sont incapables de s'élever à des notions générales ou abstraites; au milieu de cette insuffisance intellectuelle qui enlève à leurs pensées, à leurs actes, toute suite, toute cohésion, quelques-uns ont des réparties spirituelles et mordantes. C'est parmi cette classe d'imbéciles qu'étaient jadis choisis les fous des rois qui, jouets de leurs maîtres et de la cour, savaient, par leurs mots piquants et hardis, par leurs allures bizarres, égayer et plus d'une fois confondre leurs interlocuteurs.

Les sentiments affectifs chez les imbéciles sont très inégalement développés et se rattachent principalement à l'instinct et à l'habitude; ils ont peu de sens moral, se montrent peureux, crédules, faciles à tromper, deviennent bien vite la risée de tous, et servent d'instrument docile pour les actions les plus répréhensibles; bien dirigés, ils peuvent vivre à la rigueur dans le monde dont ils remplissent extérieurement les principales obligations; abandonnés à eux-mêmes, ils sont entraînés par leurs mauvais instincts, et se montrent vaniteux, gourmands, pôltrons, crédules, paresseux, irascibles, enclins aux excès vénériens et alcooliques, et aux actes de violence. Il est cependant remarquable que certains imbéciles, à côté d'une intelligence aussi peu développée, présentent des aptitudes naturelles tout à fait singulières pour le chant, pour la musique, pour le calcul, aptitudes qu'il faut savoir entretenir, mais qui ne sont guère susceptibles de recevoir un développement plus complet à l'aide de l'éducation.

L'imbécillité, dont les degrés et les nuances varient à l'infini, peut se compliquer de manie ou de mélancolie. On

voit des imbéciles s'agiter, devenir violents, délirer, et alors, sous l'influence de cette excitation passagère, leur intelligence s'élève à un degré inaccoutumé et d'énergie et d'étendue; mais quand le calme revient, l'imbécile retombe au-dessous de lui-même, et, pour peu que les accès se répètent, la démence arrive avec une telle rapidité que le malade arrive à l'état d'idiot complet. D'autres, au contraire, deviennent mélancoliques, ont des idées de suicide sous l'influence d'une contrariété insignifiante, ou bien passent leur vie au milieu d'alternatives incessantes et irrégulières d'excitation et de dépression.

4° *Enfants arriérés* — Auprès des imbéciles, mais en dehors de l'idiotie, se rangent les enfants simplement arriérés dont le développement intellectuel, sans s'arrêter jamais complétement, s'opère avec une extrême lenteur : en général ils sont lymphatiques, malingres, scrofuleux, d'un caractère difficile, et se laissent diriger avec peine. « La compréhension de l'enfant arriéré est juste, dit M. Séguin, mais limitée, et s'embarrasse particulièrement lorsqu'on lui présente plusieurs objets de comparaison. Il perçoit bien un fait simple, comprend une idée simple, mais il ne peut comparer deux, trois, quatre choses ou idées entre elles : donc il perçoit mieux qu'il ne raisonne, comprend mieux qu'il ne compare (1). »

Les enfants arriérés, dit le même auteur (2), se distinguent facilement des idiots en ce qu'ils n'ont pas de mouvements mécaniques, et des imbéciles en ce qu'ils ne sucent ni ne mordent habituellement. D'autres signes font encore distinguer de ces deux catégories les enfants arriérés : c'est la forme de leur crâne, qui est normale et ne présente ni déformations monstrueuses, ni temps d'arrêt de développement; c'est encore l'absence de déperdition involontaire

(1) Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, p 73.
(2) *Ouv. cité*, page 211.

de la salive, le non-balancement dans la marche, si peu ferme qu'elle soit d'ailleurs ; c'est encore le regard qui a peu d'éclat, mais qui ne fuit ni ne se perd dans le vague ; c'est enfin la présence des sentiments moraux, de la gaîté, de l'affection familiale, de l'obéissance, du sentiment du devoir.

5° *Intelligences anormales.* — Au-dessus de l'imbécillité, mais dans une classe inférieure aux sujets dont le développement intellectuel est complet, se place toute une catégorie d'individus que M. Morel range avec raison parmi les aliénés héréditaires, et regarde comme atteints d'un premier degré de dégénérescence. Ces sujets se font remarquer par un manque complet d'équilibre dans leurs fonctions intellectuelles ; ils ont parfois des qualités brillantes, des aptitudes distinguées, des instincts bizarres et énergiques, mais ils manquent de direction et de suite dans les idées, se font remarquer par l'incohérence et l'irrégularité de leurs actes, et offrent une faiblesse de jugement qui indique de graves lacunes dans leurs facultés ; c'est pour ainsi dire un instrument auquel il manque un certain nombre de cordes. En général le sens moral leur fait complétement défaut, ils commettent le bien et le mal sans discernement, et lorsqu'on les interroge d'une manière pressante sur un méfait qu'ils ont commis, il reste évident qu'ils n'en ont compris ni la portée ni la valeur ; ils dépensent sans prévision de l'avenir, ont de la tendance au vol, aux mensonges, aux faux rapports, à la débauche effrénée. Quelque bien entourés qu'ils soient, ils aiment la société crapuleuse, pervertissent ceux qui les approchent, portent le désordre partout où ils habitent et deviennent de véritables fléaux : c'est même parmi eux que l'on rencontre ces instincts de férocité inouïe, de débauche sanglante dont l'histoire rapporte plus d'un exemple.

Cette forme d'aliénation mentale est congénitale et se traduit dès la jeunesse par une indocilité excessive, par de l'inaptitude au travail et l'apparition précoce des plus mau-

vais instincts : tel était ce comte de Charolais qui aimait à ensanglanter ses débauches, exerçait des barbaries de toute sorte sur les courtisanes qui lui étaient amenées, et tirait sur les couvreurs travaillant sur les toits afin de jouir du plaisir de les voir rouler sur le sol. Les actes deviennent plus graves et plus désordonnés à mesure que ces sujets se produisent dans le monde avec plus de liberté, et ce sont les individus de cette nature qui, dans la classe élevée, sont embarqués pour des voyages transatlantiques, engagés dans des régiments, confinés dans des maisons de correction et dans des maisons de santé, après avoir causé mille maux autour d'eux, et sans avoir jamais retiré aucun avantage des leçons qui leur ont été infligées. Dans la classe peu aisée de la société, où ils sont abandonnés à eux-mêmes et dépourvus d'aide et de protection, ils passent leur vie sur les bancs de la police correctionnelle et de la cour d'assises, et à peine sortis de prison, retournent au vol, au vagabondage, et à tous leurs mauvais instincts.

L'éducation n'a qu'une action très douteuse sur ces aliénés qui souvent raisonnent assez bien, en imposent par leur extérieur, et que M. Trélat a si bien décrits dans son livre sur la folie lucide. Mais le médecin qui les examine de près, qui a suivi leurs actes et leur conduite, a bien vite reconnu derrière cette perversité tenace un véritable état morbide rebelle à tous les moyens de traitement. Quelques anomalies de l'organisation physique se surajoutent même à ces états intellectuels comme pour en indiquer la véritable nature. C'est ainsi que, chez ces sujets, on constate des conformations vicieuses de la tête, des doigts palmés, des anomalies dans les organes de la génération, de la stérilité, enfin une impressionnabilité nerveuse excessive, des tics, des affections convulsives.

Souvent des états aigus se développent sur cet état morbide congénital. Rien n'est plus commun que de voir ces

sujets en proie à d'incessantes alternatives de dépression et d'excitation qui reviennent avec une certaine régularité. Parfois même ils offrent de véritables accès de manie ou de mélancolie qui se dissipent en général assez promptement, mais qui aggravent singulièrement l'état primitif, et, à côté des mauvais instincts, de la mobilité des idées, développent une faiblesse d'esprit qui les conduit peu à peu à la démence.

§ 4. — Causes.

L'idiotie peut être acquise ou congénitale.

Entre toutes les causes de l'idiotie *congénitale*, signalons d'abord l'hérédité : parmi les parents des idiots, se trouvent en grand nombre des aliénés, des épileptiques, des hystériques, des sourds-muets. Ainsi que l'a dit M. Moreau, en présence de la quantité vraiment prodigieuse d'états nerveux de toute sorte que l'on observe chez les ascendants des idiots et des imbéciles, aussi bien que dans le lignage des aliénés et des épileptiques, il est impossible, malgré la différence des caractères symptomatologiques, de ne pas admettre qu'idiots et imbéciles, aliénés et épileptiques, naissent et se développent sous les mêmes influences, comme effets d'une même cause, comme les rameaux d'un même tronc (1).

A côté des affections nerveuses, indiquons, chez les ascendants des idiots, l'alcoolisme, sur lequel nous aurons à revenir, et la conception pendant l'état d'ivresse. Les mariages consanguins donnent une très grande proportion d'idiots, il en est de même des mariages disproportionnés par l'âge des conjoints, et des cas où l'un des parents ou tous les deux sont atteints de scrofules ou de rachitisme ; on a noté encore les impressions morales pénibles pendant la grossesse, sur lesquelles on a tant disserté, et les grossesses gé-

(1) Moreau, *Psychologie morbide*, p. 53.

mellaires, qui, par suite de la distension de l'utérus, gêneraient le développement du crâne des enfants; mais ces dernières causes sont loin d'être constantes, et dans bien des cas leur influence est contestable.

L'idiotie *acquise* est souvent déterminée par des causes physiques ou pathologiques qui influent directement sur le développement cérébral de l'enfant. Ainsi des hémorrhagies méningées, des méningites laissant après elles soit des exsudats plastiques qui compriment le cerveau et s'opposent à sa libre expansion, soit des épanchements séreux qui deviennent le point de départ d'une hydrocéphalie chronique. Les convulsions, l'épilepsie, développées dans le jeune âge, arrêtent quelquefois un développement intellectuel qui jusque-là semblait s'exécuter normalement; des coups, des chutes sur la tête, des manœuvres obstétricales, comme l'application du forceps, ont pu, dans certains cas, comprimer le crâne au delà de son élasticité normale et nuire à sa nutrition. Il en est de même des coutumes absurdes qui existent dans certains pays, et qui consistent à comprimer la tête des enfants à l'aide de certains appareils, de manière à lui donner une forme déterminée. En 1834, M. Foville (1) a insisté sur une déformation du crâne que l'on rencontre souvent en Normandie, et qu'il attribue avec raison à l'usage du bandeau, morceau de toile triangulaire au grand bord duquel on fait un pli de deux travers de doigt, et qu'on applique circulairement autour de la tête des enfants nouveau-nés en le serrant avec une grande énergie. La déformation qui en résulte consiste en une dépression circulaire, ou même une véritable gouttière, qui commence au haut du front, se dirige obliquement en bas et en arrière, passe au-dessus de la conque de l'oreille, et va gagner cette portion de la nuque où les masses charnues du cou se fixent à l'occiput; la boîte

(1) *Déformation du crâne résultant de la méthode la plus générale de couvrir la tête des enfants*, Paris, 1834.

crânienne se trouve ainsi rejetée en arrière, en sorte que la face se trouvant placée sur un plan vertical, une ligne verticale abaissée sur le conduit auditif laisse un volume de crâne plus considérable en arrière qu'en avant. La conque de l'oreille se trouve en même temps déformée et aplatie, et le cuir chevelu offre quelquefois des surfaces blanches, un peu luisantes et sèches, dépourvues de cheveux, de véritables cicatrices, en un mot, résultant des ulcérations produites par la pression du bandeau. Dans les Deux-Sèvres, M. Lunier a retrouvé une déformation à peu près semblable, et M. Gosse, dans un curieux travail (1), a étudié les déformations artificielles que les anciennes peuplades indiennes avaient coutume de pratiquer, soit pour donner au visage des guerriers un aspect plus terrible, soit pour développer chez eux certaines aptitudes. Or toutes ces manœuvres, en s'opposant à l'expansion normale de l'encéphale, produisent en très grande proportion des aliénés, des épileptiques et surtout des idiots.

§ 5. — Anatomie pathologique.

1° *Volume et forme de la tête.* — Aucune déformation spéciale du crâne n'est propre à l'idiotie. Chez les sujets devenus idiots à la suite d'hydrocéphalie, la tête peut acquérir un volume considérable, à tel point que les os du nez et les voûtes orbitaires, déprimés et refoulés, donnent à la physionomie un aspect caractéristique. La tête est encore plus volumineuse que de coutume dans les cas assez rares où l'idiotie tient à l'hypertrophie du cerveau, ainsi que M. Calmeil en a cité, d'après Burnet, un exemple remarquable (2); mais, à part ces exceptions, on a signalé de tout temps, comme le fait le plus commun dans l'idiotie congénitale, le développement peu considérable du crâne et de la masse cérébrale.

(1) *Essai sur les déformations artificielles du crâne.* Paris, 1856.

(2) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., art. ENCÉPHALE.

La *microcéphalie*, indiquée par Hippocrate et par un grand nombre d'auteurs, se rencontre d'une manière à peu près constante chez les idiots du deuxième et du troisième degré, et des recherches faites avec précision ne laissent aucun doute sur la réalité de ce fait. Esquirol (1), en additionnant la circonférence, la courbe antéro-postérieure, le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse de la tête, a trouvé pour les femmes à l'état sain, 1205 $\frac{7}{10}$; pour les aliénées, 1144 $\frac{18}{34}$; pour les imbéciles, 1119 $\frac{1}{17}$; pour les idiotes, 1101 $\frac{5}{17}$; pour les idiotes microcéphales 807; d'où il semblerait résulter que le volume du crâne est en proportion de la capacité intellectuelle. M. Parchappe (2), par des calculs analogues, a constaté que le volume de la tête était représenté chez l'homme à l'état sain par 1615 $\frac{1}{3}$; chez la femme par 1529. Or, sur six têtes d'imbéciles, il a obtenu, comme volume moyen 1484, et sur trois têtes d'idiots 1440. M. Lélut, dans ses recherches, est arrivé au même résultat et a prouvé en outre que la courbe antéro-postérieure était de toutes les dimensions celle qui présentait la diminution la plus sensible, et que cette diminution, due principalement à l'aplatissement de l'occipital qui se continuait en ligne droite avec le cou, portait surtout sur la moitié postérieure de la ligne antéro-postérieure.

Un crâne d'idiot microcéphale peut être relativement bien proportionné, malgré la petitesse de ses dimensions; mais le plus souvent la forme de la tête est anormale. Le front est bas, étroit, fuyant en arrière; les bosses pariétales sont asymétriques; à des saillies anormales, d'un côté, répondent des dépressions profondes du côté opposé, et l'irrégularité du crâne peut être telle qu'elle échappe à une description uniforme.

Ces anomalies dans le volume et la configuration de la tête

(1) Tome II, p. 349.

(2) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale*, 1er mémoire. Paris, 1836.

sont très prononcées chez les idiots d'un degré avancé. Virchow n'hésite pas à les rattacher sans exception à une ossification prématurée et irrégulière des os du crâne. Lorsque toutes les sutures se soudent à la fois avant le développement complet du cerveau, il y a microcéphalie simple, tandis que la réunion prématurée et isolée de la suture pariétale, des sutures latérales inférieures, des sutures de la région inférieure et moyenne, force l'encéphale à se développer vers les points encore souples et extensibles, et donne naissance aux têtes en pain de sucre, aux têtes rondes, aux têtes obliques, aux têtes aplaties latéralement, etc., etc.

Chez les imbéciles ou chez les sujets dont l'idiotie est légère, ces difformités sont beaucoup moins appréciables, et il faut bien se garder, dans tous les cas, de vouloir établir une connexion nécessaire entre le degré de l'intelligence et le volume de la tête. Esquirol a vu des idiots dont le front représentait un angle droit, et dont la tête offrait les plus belles proportions. Sur cinquante têtes d'hommes à intelligence normale que j'ai mesurées, dit M. Parchappe (1), sept offrent des dimensions inférieures à celles de l'imbécile qui a les plus grandes dimensions, treize ont des dimensions très peu supérieures... Parmi les têtes de femmes à intelligence normale que j'ai mesurées, il en est une dont les dimensions expriment un volume plus petit que celui de la plus petite tête d'idiot par moi mesurée. Il en est trois plus petites que la plus volumineuse des têtes d'idiots. L'intelligence peut donc se manifester à son degré normal dans une tête dont le volume est inférieur, égal, ou à peine supérieur au volume des têtes d'idiots.

2° *Poids du cerveau.* — La mensuration du crâne ne pouvant toujours donner une idée parfaitement exacte de sa capacité, car l'épaisseur des parois crâniennes est sujette à

(1) Parchappe, *loc. cit.*, p. 31.

varier beaucoup suivant les individus et suivant les races, on a cherché par des pesées faites avec soin à déterminer avec plus de rigueur le volume du cerveau chez les idiots. A l'état normal (1) le poids moyen du cerveau chez l'homme adulte varie de 907 grammes à 1262 pour la femme ; de 1049 à 1410 pour l'homme, variations qui dépendent de l'âge des individus (au delà de cinquante ans le cerveau perd de son poids), de leur taille, le poids du cerveau étant, toutes choses égales d'ailleurs, plus considérable chez les individus grands que chez les individus petits. Or, chez les idiots, d'une manière générale, le poids du cerveau est notablement inférieur à cette moyenne physiologique, et malgré quelques exceptions, cette infériorité peut être posée comme une règle confirmée par de nombreuses observations.

3° *Vices de conformation du cerveau.* — Outre cette diminution de poids, on rencontre dans les cerveaux d'idiots une foule d'anomalies dans la forme et dans la structure. L'atrophie de l'organe porte tantôt sur les lobes antérieurs, tantôt sur les lobes postérieurs qui n'ont même plus assez de volume pour recouvrir le cervelet et laissent ce dernier organe à nu ; les circonvolutions sont remarquables par l'absence de profondeur : elles sont petites et serrées, je les ai même vues remplacées par de simples sillons superficiels qui leur donnaient l'aspect des circonvolutions du renard ; dans quelques cas elles manquent complétement, et le cerveau est méconnaissable. Sur quelques idiots, la lésion congénitale n'affecte qu'un hémisphère cérébral, un lobule ou quelques circonvolutions isolées qui ont totalement disparu, et sont remplacées par du tissu cellulaire ou par une poche kysteuse distendue par de la sérosité. Quant à la substance cérébrale elle-même, on la trouve souvent alors indurée,

(1) Broca, *Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races* (*Bulletins de la Société d'anthropologie*, 21 mars et 2 mai 1861, t. II).

altérée dans sa structure, ou même cartilagineuse dans une étendue plus ou moins grande : il est probable que dans les cas de ce genre, il s'est formé pendant la vie intra-utérine des hémorrhagies ou des ramollissements du cerveau terminés par la cicatrisation.

D'autres fois l'examen de l'organe révèle un arrêt de développement portant tantôt sur son ensemble, tantôt sur quelques-unes de ses parties constituantes. Les couches optiques, les corps striés, un hémisphère entier ont été trouvés remplacés par des moignons informes. Le corps calleux manquait dans un fait cité par Tiedemann : les hémisphères cérébraux n'étaient retenus l'un à l'autre en arrière que par les tubercules quadrijumeaux, la commissure antérieure et la commissure des couches optiques en avant, les ventricules latéraux n'étaient qu'incomplétement recouverts (Calmeil). Dans un autre fait rencontré par M. Parchappe, le vice de conformation consistait en un défaut de développement du mésolobe, de la voûte et des cornes d'Ammon : la voûte à trois piliers, la cloison et le corps frangé manquaient complétement.

§ 6. — Diagnostic.

A moins de monstruosité très apparente, le diagnostic de l'idiotie ne peut se faire au moment de la naissance, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'il est permis de soupçonner quelque chose d'anormal dans l'intelligence : les enfants sont somnolents, ils prennent le sein avec peine, ne rient jamais et restent insensibles aux caresses de leur nourrice : ils ne suivent pas du regard les objets qu'on leur présente, leur tête est trop grosse ou trop petite, ou bien présente quelques-unes des anomalies de forme que nous avons signalées. A mesure qu'ils avancent en âge, il n'est

(1) Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie. Documents nécroscopiques*, p. 370.

plus permis de conserver le moindre doute sur leur état; ils ne jouent ni ne rient jamais, n'apprennent ni à marcher ni à parler, et ne progressent qu'avec une lenteur extrême, pour s'arrêter à un point qu'ils ne franchissent plus. Nous n'avons pas à revenir ici sur le diagnostic de l'idiotie et de la démence, disons seulement qu'une fois l'idiotie constatée, il importe de soumettre le sujet à une analyse psychologique aussi complète que possible, afin d'avoir une idée exacte de son degré d'intelligence.

M. Voisin (1), dans les tableaux qu'il a dressés pour servir de guide dans cette recherche intéressante, passe successivement en revue les penchants, les sentiments moraux, l'état des sens extérieurs, des mouvements, des facultés de perception et des facultés réflectives, et fait voir avec raison que les réponses de l'enfant, en donnant la mesure de son état intellectuel, serviront de point d'appui pour en faciliter et en régulariser le développement.

§ 7. — Traitement.

On ne peut espérer de donner aux idiots l'intelligence qu'ils n'ont jamais eue; cependant des efforts doivent être tentés sinon pour guérir, du moins pour améliorer leurs conditions physiques et intellectuelles.

Dès 1824, M. Belhomme (2) insistait sur ce point, et reconnaissant parmi les idiots des nuances infinies, il en déduisit la nécessité de diversifier individuellement les procédés éducateurs. En 1830, M. Voisin, admettant à son tour l'indépendance des facultés morales et intellectuelles, fit voir que la perte des unes n'entraînait pas forcément la destruction des autres, et démontra qu'il fallait s'appuyer sur les facultés existantes, les développer, et choisir dans le monde extérieur

(1) *Analyse psychologique de l'entendement humain chez les enfants arriérés, incomplets et hors ligne*, 1838, p. 413.

(2) Belhomme, *Thèse inaugurale*, juillet 1824.

les leviers capables d'agir sur elles. Ces généreux efforts ont abouti à des résultats pratiques sérieux et à des règles de traitement mises en usage dans la plupart des asiles.

Le traitement des idiots comporte deux ordres d'agents thérapeutiques, agents physiques, agents moraux et intellectuels.

Les agents *physiques* comprennent tous les moyens destinés à relever et à fortifier des constitutions le plus souvent empreintes de scrofules et de lymphatisme : une bonne nourriture, une habitation vaste où pénètrent l'air et la lumière, des vêtements simples, peu compliqués dans leur forme : les bains, les lotions froides, l'hydrothérapie, le massage, raniment les fonctions cutanées, et donnent aux muscles la vigueur qui leur manque. On combattra les évacuations involontaires en fortifiant la constitution et en habituant les sujets à des excrétions périodiques. La gymnastique, vantée avec tant de raison, ne devra pas consister en des mouvements violents, en des tours de force et d'agilité, mais en exercices destinés à régulariser l'action musculaire, à lui donner de la précision et de la fixité. Ainsi que l'a démontré M. Séguin (1), chez les idiots qui ne peuvent rester en place, et ils sont nombreux, le point de départ de toute gymnastique est l'immobilité prolongée, passage nécessaire d'une action désordonnée à une action convenue entre le système musculaire et l'intellect. Une fois ce point obtenu, on peut, avec quelques chances de succès, procéder à une gymnastique plus complexe qui perfectionne les sens, fait naître quelques idées, et exige de la part du professeur un esprit ingénieux et fertile en ressources, et une patience inaltérable. C'est là ce qu'on peut appeler l'éducation morale.

On développe la vue en fixant le regard, en l'attirant et le dirigeant à l'aide d'un objet lumineux. Le toucher et la

(1) E. Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, 1846, p. 359.

sensibilité musculaire seront exercés à l'aide d'objets légers ou pesants, rugueux ou lisses, humides ou secs, que l'enfant finira par reconnaître. L'ouïe, le goût et l'odorat seront perfectionnés à l'aide de moyens analogues. Les mouvements gagneront eux-mêmes à la précision plus grande des sens, et l'idiot pourra marcher avec solidité, courir, brouetter, tirer, monter, descendre, mettre ses bas et ses souliers, se laver, se peigner, se boutonner, manier une plume, un verre, une fourchette et manger seul. En même temps, il arrivera à distinguer les sons, les couleurs, la valeur de l'argent, la dimension et la configuration des objets.

Chez les idiots qui ne parlent pas ou qui parlent à peine, l'éducation de la parole ne nécessite pas moins de temps et de soins. Après avoir exercé suffisamment les lèvres et la langue à l'aide d'une gymnastique appropriée, on cherche à provoquer des sons en les répétant avec insistance et mettant en jeu, chez les enfants, l'instinct d'imitation : contrairement à l'opinion reçue, M. Séguin admet que les consonnes sont prononcées plus facilement que les voyelles, et il commence par l'articulation des syllabes. Le dessin, l'écriture, la lecture, le calcul seront enseignés à l'aide de lettres et de chiffres mobiles, et d'une méthode graduée dont l'exposé ne peut trouver sa place que dans les livres spéciaux.

ARTICLE II.

DU CRÉTINISME.

§ 1^er^. — Définition.

On désigne sous le nom de *crétinisme* une affection endémique caractérisée par un degré plus ou moins grand d'idiotie, associé à une cachexie ou plutôt à une dégénérescence spéciale de l'espèce humaine, dont le goître est un des principaux caractères.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'origine de ce mot. Les uns, comme Fodéré, le font venir du mot *chrétien*, parce que dans plusieurs localités les crétins, selon l'usage répandu en Orient pour les idiots et les aliénés, étaient considérés comme saints, comme bienheureux; d'autres lui donnent comme étymologie la racine latine *creta*, soit à cause de la couleur de craie d'un certain nombre de crétins, soit à cause de la formation crétacée des terrains où on les rencontre; enfin Esquirol (1) a hasardé son hypothèse : la dénomination de crétin ne viendrait-elle pas, dit-il, du mot *crétine*, qui, dans le vieux langage, voudrait dire alluvion? n'a-t-on pas transporté ce nom à des individus devenus infirmes pour avoir habité au milieu des terres d'alluvion?

Les crétins ont d'ailleurs reçu différents noms, selon les localités qu'ils habitent. Dans quelques parties de la France on les appelle cagots, capots, imbéciles; dans les Pyrénées, caffos, fols en Savoie et dans le pays d'Aoste, crétins, marrons, fous; en Piémont, gogo, foulitre, tourtou. On les rencontre presque exclusivement dans les pays montagneux, dans les Pyrénées, dans les Alpes, et surtout dans le Valais, dans le pays d'Aoste et la Savoie; en Auvergne, en Écosse, dans le Tyrol, dans la Nouvelle-Grenade et l'Indoustan. Cette relation constante entre la configuration du sol et le développement de l'affection endémique indique assez que, malgré ses affinités avec l'idiotie, le crétinisme emprunte quelque chose de spécial aux conditions géologiques et climatériques au milieu desquelles il se développe.

§ 2. — Description.

A l'exemple de la commission sarde instituée pour étudier le crétinisme, de M. Ferrus et de la plupart des auteurs, nous distinguerons trois catégories de crétins : 1° les crétineux;

(1) Esquirol, t. II, p. 132.

2° les demi-crétins; 3° les crétins, correspondant aux trois degrés de l'idiotie.

1° *Crétineux.* — Les crétineux, ou *pesants*, offrent un commencement de dégradation physique et intellectuelle, et présentent les symptômes du premier degré de l'imbécillité associés aux premières nuances de la cachexie. Le nez est épaté, la bouche large, le menton carré, le teint basané ou brun; les dents sont mauvaises et irrégulièrement implantées; la plupart ont un goître plus ou moins volumineux. Les crétineux sont aptes à la reproduction; ils pensent, et peuvent exprimer leurs pensées par la parole; mais ils sont apathiques, dépourvus d'énergie musculaire, ne peuvent apprendre ni à lire, ni à écrire, ni à calculer, ou du moins ne s'élèvent jamais au delà des notions les plus élémentaires. Ils suffisent néanmoins aux besoins les plus usuels de la vie, et beaucoup d'entre eux apprennent des métiers manuels ou se livrent au travail agricole. D'après M. Cerise, les crétineux sont pour la plupart mégalo-céphales, et présentent comme déformation constante une dépression fronto-occipitale assez prononcée.

2° *Demi-crétins.* — Le demi-crétin a subi dans son organisation une altération plus profonde. Le goître chez lui manque rarement et acquiert parfois un développement considérable. La face est aplatie, les orbites sont écartées, le front a peu de développement et les extrémités articulaires sont volumineuses. Les mouvements sont peu énergiques et mal coordonnés; la démarche est chancelante et avinée; les sphincters sont relâchés, la salive s'écoule involontairement, les battements du pouls sont plus lents qu'à l'état normal; la respiration est stertoreuse et sifflante.

Bien différents des crétins complets, dont les organes génitaux restent à l'état rudimentaire, les demi-crétins ont la verge très grosse, les testicules volumineux, le scrotum long et présentant de larges plis. Chez les femmes, les grandes

lèvres sont petites, flasques et pendantes. Les besoins génésiques sont en général développés; aussi ils se livrent à la masturbation, et il n'est pas rare de voir les femmes prendre en présence des hommes des poses lascives et provocantes. Dans l'un et l'autre sexe la puberté est tardive, et la menstruation est peu abondante et irrégulière. Les demi-crétins se présentent sous deux types qui semblent en rapport avec la nature des localités. Dans les localités humides, marécageuses, le demi-crétin a la taille ramassée, les membres trapus, les articulations volumineuses, le cou gros et court, la face empâtée, les paupières œdémateuses, les joues et les lèvres molles et pendantes, le goître volumineux. Dans les sites exposés au midi, desséchés par le soleil, où la végétation est maigre et aride et où les arbres n'atteignent qu'une médiocre élévation, on observe un type de crétin tout différent, type qui se distingue par l'élancement du tronc, la gracilité des membres, la longueur, la flexibilité du cou, la forme anguleuse du visage déterminée par le prolongement des os maxillaires.

Beaucoup de demi-crétins ont la sensibilité très obtuse; quelquefois ils sont sourds. La plupart ne peuvent exprimer leur volonté que d'une manière imparfaite, à l'aide de mots isolés ou de monosyllabes prononcés d'une voix embarrassée, et accompagnés d'une gesticulation confuse et peu intelligible; le degré de perfection de la parole donne chez eux la mesure de leur intelligence.

Ils sont susceptibles d'acquérir quelques connaissances élémentaires, la notion des lieux, du temps, de la valeur de l'argent, qu'ils apprennent par imitation, par habitude et sans en comprendre toute la valeur; ils se montrent sensibles aux démonstrations de bienveillance, fuient ceux qui leur ont fait du mal, mais n'offrent dans leurs désirs et dans leurs pensées aucune cohésion; quelques-uns, à côté d'une intelligence aussi bornée, présentent des dispositions instinctives

remarquables pour le chant, pour la musique, pour la mécanique, mais en général ils restent incapables d'un travail sérieux et suivi. Dans le Valais, dans certaines parties de la Savoie, dans la vallée d'Aoste, on les voit se dandiner sur les grandes routes où ils demandent l'aumône, et on les reconnaît de loin à leur démarche bizarre, à leur gesticulation grotesque.

3° *Crétins complets.* — Les crétins complets, entièrement dépourvus de facultés intellectuelles et reproductrices ainsi que de langage articulé, doués uniquement de facultés végétatives, représentent le plus haut degré de la dégénérescence crétineuse.

Dès leur naissance, on les reconnaît à la présence d'un petit goître du volume d'une noix environ, à la nullité du front, au volume considérable de la tête, à l'aspect des paupières gonflées et pesantes, aux yeux sans expression, indifférents à la lumière; le nez est épaté, comprimé à sa naissance, la langue épaisse dépasse les lèvres qui sont elles-mêmes volumineuses et allongées; le cou est gros et court, et, même à l'âge où les muscles devraient commencer à prendre de la force, la tête ne pouvant être soutenue, tombe en arrière ou est inclinée sur le côté. Mis au sein, l'enfant tette avec difficulté ou du moins avec indifférence, il ne reconnaît pas sa nourrice, ne sourit jamais, ne témoigne aucune affection aux personnes qui l'entourent, et est dans un état de somnolence presque continuel.

A mesure que le sujet devient plus âgé, tous ces symptômes s'accentuent davantage. Tout en mangeant avec avidité, il offre dans son organisation une lenteur excessive et quelquefois un arrêt complet de développement. La première dentition est tardive; les dents, noires, irrégulièrement implantées, tombent de bonne heure sans être remplacées, et ce n'est que vers sept ou huit ans que l'enfant parvient à se tenir debout, à marcher, à saisir avec quelque

précision les objets qu'on lui présente. La plupart d'entre eux sont d'une petite taille : on en rencontre beaucoup qui ne dépassent pas 1 mètre 3 décimètres, et qui, âgés de vingt ans et même plus, présentent encore tous les attributs de l'enfance. Ils ont encore la poitrine grêle, le ventre proéminent, les membres peu développés, leur seconde dentition n'est pas commencée, et ils n'offrent à cet âge aucun signe de puberté; au premier abord on les prendrait pour des enfants de huit à dix ans. C'est en s'appuyant sur ces faits que M. Baillarger a émis l'opinion évidemment trop exclusive que le caractère unique et essentiel du crétinisme était l'arrêt de développement de l'organisme (1).

Chez les crétins complets, parvenus à l'âge adulte, outre la petitesse de la taille, les irrégularités de la dentition, l'étroitesse et l'élévation de la voûte palatine, on constate à un degré plus élevé encore tous les caractères de la cachexie crétineuse : peau rugueuse, brune, parsemée de taches; tête difforme, irrégulière, écrasée à la partie antérieure, formant avec la nuque une ligne droite et présentant toutes les anomalies que nous avons signalées chez les idiots; paupières œdémateuses, sourcils irréguliers, nez écrasé, bouche largement fendue, souvent entr'ouverte, lèvres grosses et épaisses ; cou gros et ramassé recouvert le plus souvent d'un goître de volume variable ; colonne vertébrale et thorax irréguliers et courbés vicieusement, articulations volumineuses, extrémités amaigries et d'une longueur disproportionnée, abdomen volumineux ; les parties sexuelles sont atrophiées, la verge est réduite à un petit cylindre surmonté d'un gland très petit, en rapport avec de petits testicules.

Chez les crétins complets, la respiration est sifflante, embarrassée, souvent même accompagnée d'une sorte de grognement, de râle trachéal que l'on entend à distance ; elle

(1) Académie des sciences, séance du 14 novembre 1851.

est plus lente qu'à l'état normal; le pouls lui-même est moins fréquent et la température du corps est abaissée. Les fonctions digestives s'exécutent avec énergie. Les crétins dévorent avec voracité, sans les goûter et sans les mâcher, tous les aliments qu'on leur présente, et une fois le sentiment de la faim apaisé, digèrent, accroupis dans un coin et au milieu d'un état de demi-sommeil, les aliments dont ils se sont gorgés ; souvent les évacuations sont involontaires. Quand le crétinisme est complet, la locomotion est presque nulle : l'individu passe des journées entières immobile sur un banc ou sur le seuil d'une porte, incapable de porter les aliments à sa bouche, et transporté d'un endroit à l'autre comme une masse inerte; à un degré un peu moins avancé, le crétin marche encore à l'aide d'un bâton, mais sans solidité, tombant dès qu'il veut courir et se fatiguant très promptement.

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût présentent toujours une obtusion plus ou moins complète, la sensibilité générale elle-même est gravement altérée : les crétins supportent sans douleur les blessures les plus graves, et tout indique chez eux une notable diminution du tact.

La voix consiste uniquement en des monosyllabes ou bien en un grognement qui, dans les moments de colère, s'élève jusqu'à un cri rauque et inarticulé qui n'a rien d'humain.

Réduits ainsi à la vie purement végétative, les crétins complets sont de tous points assimilables aux idiots du troisième degré; dépourvus de toute sensibilité morale, de tout rudiment d'intelligence, ils offrent à peine quelques traces des instincts.

§ 3. — Étiologie.

Les causes du crétinisme ont été divisées en :

1° Causes locales permanentes, résultant des lieux, du sol, de l'insolation, des eaux ;

2° Causes sociales amovibles, comme les habitudes, l'alimentation, la manière de vivre, l'éducation;

3° Causes individuelles, ainsi l'hérédité et toutes les particularités qui se rattachent à la conception.

1° Causes locales permanentes.

Le crétinisme se rencontre dans des localités sillonnées par de profondes vallées et par des montagnes taillées presque à pic, dont les flancs sont recouverts d'arbres de haute futaie. C'est à peine si, dans les plus beaux jours de l'année, le soleil échauffe, pendant deux ou trois heures, le fond de ces gorges étroites et sinueuses dans lesquelles l'air reste froid, humide, stagnant, ou sujet à des courants partiels qui amènent d'un instant à l'autre, mais surtout aux diverses heures de la journée, des changements de température brusques et considérables. Les villages, bâtis dans l'enfoncement des vallées ou dans les angles rentrants de leurs divisions, ombragés par de grands arbres qui les privent même d'air et de lumière, ont une altitude égale ou à peine supérieure au niveau de la mer, à tel point que de Saussure voulait y voir la cause essentielle du crétinisme, et croyait pouvoir établir que l'affection disparaissait des villages élevés de 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer; mais cette loi est beaucoup trop absolue, car beaucoup d'habitations de crétins ont jusqu'à 1500 mètres d'élévation.

Les eaux potables sont presque toutes de mauvaise qualité : elles proviennent de la fonte des neiges, et sont alors incomplétement aérées et mêlées à une forte proportion de silice qui altère sa pureté, ou bien elles sont puisées à des sources qui, traversant un sol calcaire ou magnésien, se chargent de sulfate de chaux, de carbonate de chaux dissous dans un excès d'acide carbonique, ou de sels magnésiens, et malgré leur transparence parfaite, amènent des digestions difficiles et influent sur l'ensemble de l'économie. En outre,

elles manquent de brome et d'iode, principes qui se retrouvent toujours, quoiqu'en minimes proportions, dans la composition des eaux potables.

2° Causes sociales amovibles.

A ces causes, qui tiennent à la nature et à la configuration du sol, ajoutons celles qui tiennent aux habitudes et à la manière de vivre des habitants : dans les villages, pour la plupart mal exposés, les maisons sont entassées les unes sur les autres, et leurs abords sont obstrués par du fumier et des ordures de toute espèce ; pendant l'hiver, qui dure sept mois, les adultes et les enfants séjournent sans sortir dans des étables, dont le sol humide, formé de terre battue et imprégnée d'excréments d'animaux, exhale des miasmes incessants ; la chaleur y est telle, qu'il y a quelquefois plus de 30 degrés R. de différence entre la température du dehors et celle de l'intérieur des habitations. L'alimentation se ressent singulièrement de la misère des populations : la viande fait défaut presque complétement, le vin est inconnu, la nourriture se compose de pain de seigle, d'orge, de pommes de terre, de bouillies de farine de maïs ou de châtaignier, que les habitants ingèrent en quantités énormes et qu'ils digèrent lentement et laborieusement. Ajoutons à cela la malpropreté, l'ignorance des soins les plus élémentaires de l'hygiène, l'absence d'industrie, et l'éloignement des grandes routes et de toute voie de communication, et l'on comprendra sans peine quel ensemble fatal de causes concourt à l'abâtardissement des populations.

3° Causes individuelles.

Enfin ici, comme dans toutes les affections constitutionnelles, les conditions individuelles et surtout l'hérédité jouent un rôle important. Le crétinisme, à son plus haut degré de gravité, ne se développe jamais d'emblée : constamment le crétin ou le demi-crétin ont des parents goîtreux, crétineux,

ou entachés à un degré variable de la cachexie crétineuse; par une de ces anomalies si communes dans les transmissions héréditaires, à côté d'un enfant crétin, on en rencontre d'autres sains de corps et d'esprit; quelquefois le mal suit une ligne collatérale, ou bien il saute une génération et se reproduit chez le petit-fils avec les mêmes traits que chez l'oncle ou l'aïeul.

Des parents habitant une localité saine et y ayant procréé des enfants bien portants, venant plus tard à fixer leur séjour dans une localité infectée, y sont devenus goîtreux, et les enfants nés postérieurement à ce changement de séjour se sont trouvés entachés de crétinisme.

Les mariages consanguins, surtout lorsque les parents sont déjà goîtreux, favorisent encore le développement de la cachexie chez les enfants.

Il est évident que le crétinisme tient à un ensemble de conditions hygiéniques fâcheuses dont l'action s'accumule sur une population et finit par l'abâtardir. Sans doute parmi ces causes toutes n'ont pas la même valeur, et il en est dont l'action est évidemment beaucoup plus énergique, mais nous rejetons sans hésiter l'opinion des auteurs qui, concentrant toute leur attention sur l'une de ces influences étiologiques, lui attribuent une valeur exclusive, et en arrivent à baser toute une théorie de la maladie ou tout un système thérapeutique sur une idée évidemment empreinte d'exagération.

C'est ainsi que de Saussure expliquait le crétinisme uniquement par le peu d'altitude des localités au-dessus du niveau de la mer, tandis que Fodéré donnait une valeur étiologique de premier ordre à l'air saturé d'humidité des vallées. Mais on a trouvé des crétins à 1500 mètres au-dessus du niveau de la mer, et l'importance exclusive de l'air saturé d'humidité se trouve contredite par plus d'un fait d'observation; la colline qui domine la vallée d'Aoste, par exemple,

est exposée en plein midi, elle reçoit les rayons du soleil, elle est presque entièrement dépourvue de groupes d'arbres, malgré tout, elle est fortement infectée de crétins, tandis que la montagne opposée, dont la pente regarde le nord, qui est constamment à l'ombre, n'en nourrit pas.

M. Grange accuse exclusivement la nature du sol : Partout, dit-il (1), où les terrains magnésiens forment les couches principales du sol et où l'iode manque, il y a goître et crétinisme ; lorsque les terrains magnésiens disparaissent pour faire place aux terrains iodés, les formes morbides disparaissent à leur tour. M. Chatin (2), attachant moins d'importance à la nature géologique du sol, insiste avant tout sur l'absence de l'iode comme cause unique et essentielle du crétinisme. Après avoir prouvé qu'à l'état normal l'iode était répandu partout, qu'à l'aide de moyens analytiques convenables on pouvait constater sa présence dans le sol, dans les plantes, dans les eaux de toute nature, dans l'atmosphère elle-même, M. Chatin a cru trouver que cet agent faisait défaut, ou du moins existait en proportions insuffisantes dans toutes les localités infectées par le crétinisme, il a expliqué par ses analyses et en constatant l'absence ou la présence de l'iode, comment de deux villages voisins et placés en apparence dans les mêmes conditions hygiéniques, l'un renfermait des crétins, tandis que l'autre en était exempt.

Toutes ces opinions exclusives et absolues ont contre elles des faits incontestables qui protestent contre l'extension trop grande qu'on leur a donnée. Tout porte à croire, ainsi que M. Niepce l'a soutenu, que les causes du crétinisme sont multiples et tiennent, comme toutes les cachexies, à un ensemble de conditions hygiéniques défavorables, à tel point

(1) Acad. des sciences, mai 1851. Rapport de M. Élie de Beaumont sur les travaux de M. Grange relatifs au goître et au crétinisme, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVI, p. 473.

(2) *Union médicale* du 10 mai 1851.

qu'on l'a rencontré non-seulement dans certaines localités remarquables par leurs conditions climatériques et la composition géologique du sol, mais même dans les grands centres de population. Le docteur Behrend a décrit le crétinisme des villes, qu'il attribue à l'encombrement de la population dans les quartiers pauvres, à l'atmosphère froide, humide, au défaut d'aération et d'insolation, à l'insuffisance de la nourriture et à la malpropreté.

§ 4. — Nature et cause prochaine du crétinisme.

Quant à la cause prochaine de la maladie, à sa nature intime, elles ont donné lieu à de nombreuses hypothèses, qui s'expliquent sans peine par les obscurités qui règnent encore sur plus d'un point important de cette question.

On ne saurait discuter sérieusement l'opinion des auteurs qui soutiennent que le crétinisme n'est que le plus haut degré de la scrofule, ni celle d'Akermann qui le regarde comme le plus haut degré du rachitisme. Le rachitisme, la scrofule, le crétinisme sont des états parfaitement distincts et n'ayant entre eux que des connexions fort éloignées.

Malacarne assigne pour cause principale au crétinisme la structure défectueuse du crâne, du cerveau, du cervelet, causée à son tour par la pression qu'exerce la glande thyroïde, dont le gonflement empêche le sang de circuler librement du cou à la tête. Reprenant cette opinion et l'appuyant de son autorité, Ferrus (1) définit le crétinisme une hydrocéphalie œdémateuse diffuse, et le regarde comme constitué par deux ordres de phénomènes essentiels : 1° un état constitutionnel de l'économie entière, un tempérament propre, une cachexie lymphatique et crétineuse ; 2° une compression cérébrale modérée mais permanente, due à une hydrocéphalie œdémateuse diffuse : il appela l'attention sur l'obtusion des facultés, sur l'engourdissement général de l'économie,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI, p. 200 et suiv.

le volume insolite et la vacillation continuelle de la tête, indices d'une compression cérébrale, et enfin sur le résultat de plusieurs autopsies dans lesquelles on a trouvé les ventricules latéraux distendus par de la sérosité, et cette sérosité entourant en grande abondance toute la masse cérébrale.

Le docteur Fabre (1) n'a fait que développer cette théorie en donnant encore plus de valeur au goître envisagé comme cause et point de départ du crétinisme : pour lui, une tumeur comprimant les vaisseaux artériels et veineux du cou ainsi que la trachée-artère, rend la respiration difficile et incomplète, congestionne le cerveau, nuit à sa nutrition, favorise le développement des épanchements séreux et devient ainsi le point de départ du trouble de ses fonctions.

On objecte avec raison à cette théorie qu'on voit des individus portant des goîtres très volumineux ne présenter aucun indice de crétinisme, que le degré du crétinisme n'est pas toujours en raison directe du volume de cette tumeur, enfin, suivant la remarque de M. Cerise, que le goître est beaucoup moins fréquent et moins volumineux chez les crétins parvenus au dernier degré que chez ceux qui le sont à un degré moins avancé. Cette dernière objection a été confirmée par M. Baillarger, qui a fourni en outre une explication satisfaisante de la rareté du goître chez les vrais crétins. Le développement du goître, dit-il, est lié à l'évolution des organes génitaux ; il apparaît pour la première fois ou augmente beaucoup à l'époque de la puberté : les femmes n'en sont souvent atteintes que pendant leur première grossesse ou à l'époque de l'accouchement. Aussi l'on comprend pourquoi les crétins en qui gît un arrêt de développement des organes génitaux sont exempts, en général, de cette infirmité; pourquoi au contraire les idiots et les imbéciles des vallées offrent bien plus souvent une hypertrophie du corps

(1) Fabre, *Traité du goître et du crétinisme*, p. 217.

thyroïde : cette différence résulte de l'absence de puberté chez les premiers, et de l'établissement plus ou moins complet et énergique des fonctions génitales chez les seconds.

Bien que le goître doive être considéré comme une des premières et principales manifestations de la cachexie crétineuse, il n'est donc pas la cause du crétinisme, puisque les crétins ne sont pas toujours goîtreux et que les goîtreux ne sont pas toujours entachés de crétinisme.

En résumé, sans contester d'une manière absolue la valeur des faits sur lesquels s'appuient toutes ces théories, le crétinisme peut être envisagé comme une cachexie spéciale, exerçant son influence sur toute l'économie, mais principalement sur le système nerveux central dont elle arrête le développement.

§ 5. — Traitement.

Le traitement du crétinisme est prophylactique et curatif.

Ce que nous avons dit des causes du crétinisme, indique suffisamment les améliorations réclamées par une saine hygiène en faveur des populations ravagées par cette endémie. Les maisons seront bâties à mi-côte, bien exposées au soleil, et dégagées d'une végétation trop touffue. Elles seront élevées au-dessus du sol, spacieuses et pourvues de larges ouvertures; on établira des citernes d'eau pluviale, toujours préférable à l'eau calcaire des sources ou à l'eau peu aérée qui provient de la fonte des neiges, et on ajoutera aux aliments une certaine quantité d'un sel ioduré.

La création de nombreuses voies de communication, en développant l'industrie et la richesse publique, en augmentant le bien-être des masses, en faisant sortir chaque village, chaque bourgade d'un isolement funeste, est encore le moyen le plus sûr d'améliorer la nourriture, les vêtements, l'habitation et tout ce qui répond aux premiers besoins de la vie. C'est ainsi que le crétinisme a beaucoup diminué et même

a complétement disparu dans certaines localités de la Tarentaise et de la Maurienne, depuis que des routes ont été établies dans le pays. La Robertsau, aux portes de Strasbourg, qui jadis était infectée de crétins, les a vus disparaître grâce aux travaux d'assainissement et aux améliorations hygiéniques qui ont été réalisés.

A côté de ces moyens hygiéniques généraux, des mesures sérieuses devraient être prises pour défendre ces unions mal assorties dont les produits, en raison même de l'état des parents, semblent fatalement voués à la dégénérescence. A ce point de vue les crétins complets et souvent même les demi-crétins sont peu redoutables en raison du peu de développement de leurs organes génitaux et de la stérilité qui les frappe; mais le mariage devrait être interdit aux crétineux et aux demi-crétins qui sont capables de reproduire l'espèce, et dont la triste fécondité infecte toute une population ; sans aucun doute on ne pourrait accuser le législateur de violer la liberté individuelle s'il prenait à cet égard une vigoureuse initiative. Quant aux goîtreux et aux sujets qui offrent à peine les premières nuances de la cachexie, il faut qu'ils choisissent une compagne saine et robuste dans une localité non infectée, en évitant avec le plus grand soin la consanguinéité.

Le traitement curatif n'est pas autre que celui de l'idiotie, et doit s'adresser à la fois et au corps et à l'intelligence. Dès 1844, le docteur Guggenbühl, mû par une généreuse idée philanthropique, a fondé pour le traitement des crétins un établissement spécial, la maison de l'Abendberg, placé dans l'Oberland, à 3000 pieds au-dessus du niveau de la mer, bien exposé au soleil, pourvu d'eaux potables excellentes; là on donne aux crétins des préparations iodées, une nourriture tonique, une bonne direction et un ensemble de conditions hygiéniques tout à fait favorables : l'expérience a prouvé que les crétineux et même les demi-crétins s'y amé-

lioraient sensiblement sous le rapport de la santé physique, que les scrofules et le rachitisme y guérissaient, que l'intelligence elle-même se développait sous l'influence d'une bonne éducation pédagogique, mais que ce développement était toujours restreint dans des limites assez étroites. Il en est des crétins comme des idiots et des imbéciles : on peut fortifier leur corps, leur donner des habitudes d'ordre et de propreté, les dresser aux usages du monde, leur inculquer quelques notions élémentaires, mais on ne peut créer chez eux l'intelligence et l'initiative, et si les résultats obtenus sont sensibles chez les crétineux, ils sont nuls chez les individus atteints plus profondément.

CHAPITRE II.

DE L'ÉPILEPSIE.

Définition et synonymie. — Étiologie : causes prédisposantes et occasionnelles ; épilepsie sympathique et symptomatique. — Description : prodromes, accès convulsifs, vertiges, absences. — Physiologie pathologique. — Marche et terminaisons. — De l'état mental des épileptiques : modifications du caractère sans aliénation ; folie épileptique, liée à l'accès convulsif ; manie, impulsions dangereuses survenant dans l'intervalle des accès ; folie chronique : démence, paralysie générale. — Diagnostic. — Traitement.

§ 1 er. — Définition et synonymie.

L'épilepsie peut être définie : une névrose convulsive caractérisée par des attaques intermittentes, en général de courte durée, très variables sous le rapport de l'intensité des convulsions, mais s'accompagnant constamment d'une perte subite et complète de connaissance, et dans la majorité des cas, de troubles intellectuels. C'est ce dernier ordre de symptômes que nous étudierons ici d'une manière plus particulière.

L'épilepsie était désignée par les anciens sous le nom de *maladie divine*, *maladie sacrée* (1), car l'aspect hideux des épileptiques faisait croire à quelque intervention surnaturelle dans la production d'une aussi terrible affection : on l'appelait encore *morbus Herculeus*, maladie d'Hercule; *morbus astralis*, à cause de l'influence que les astres exercent sur le retour des accès; *morbus comitialis*, car les comices étaient dissous, par crainte de ce funeste présage, aussitôt que quelqu'un dans l'assemblée avait une attaque d'épilepsie ; *mal caduc*, parce que la chute en est le premier symptôme; *haut mal*, parce que son siége est dans la tête.

Pendant longtemps le mot épilepsie a été appliqué par les pathologistes à toutes les convulsions, et Cullen l'emploie encore dans ce sens. De nos jours, cette dénomination est plus spécialement réservée à la névrose convulsive telle que nous allons la décrire; il ne faut pas oublier toutefois que la forme convulsive épileptique, à laquelle on a attribué comme caractère pathognomonique l'aspect grimaçant de la face, ses alternatives de pâleur et de rougeur, et l'écume sanguinolente de la bouche, appartient non-seulement à l'épilepsie névrose, mais encore à certaines affections organiques de l'encéphale et surtout à la congestion cérébrale, que cette dernière soit simple ou qu'elle soit liée à quelque lésion organique du cerveau, tumeurs, ramollissements, ou bien adhérences des méninges à la couche corticale, comme dans la paralysie générale.

§ 2. — Étiologie.

Nous retrouvons dans l'étiologie de l'épilepsie la plupart des causes, soit prédisposantes, soit occasionnelles, que nous avons assignées à la folie, et qui sont d'ailleurs communes à la grande majorité des névroses.

(1) Hippocrate, *De la maladie sacrée* (œuvres traduites par Littré, t. VI, p. 350.

C'est ainsi que l'hérédité se trouve encore ici en première ligne. Elle prouve une fois de plus la connexité qui unit entre elles toutes les affections nerveuses, car chez les ascendants et chez les collatéraux des épileptiques, on rencontre non-seulement l'épilepsie, mais encore l'aliénation mentale, l'hystérie, la chorée, les névralgies de toute sorte.

L'épilepsie est plus commune chez la femme que chez l'homme ; rare chez les vieillards, elle est plus fréquente à l'âge mûr et surtout dans la jeunesse. Sur 307 épileptiques, M. Musset, recherchant à quel âge la maladie avait débuté, est arrivé au résultat suivant :

59 fois la maladie était de naissance.
60 fois elle s'était développée de la naissance à 10 ans.
107 de 10 à 20 ans.
33 de 20 à 30 ans.
21 de 30 à 40 ans.
19 de 40 à 50 ans.
5 de 50 à 60 ans.
3 de 60 à 70 ans.

Parmi les causes *occasionnelles*, les émotions morales et surtout la frayeur, déjà signalées par Tissot et par Esquirol, tiennent le premier rang. J. Frank assure que sur 80 cas d'épilepsie dont il a pu connaître la cause, 60 avaient été causés par la terreur. Bouchet et Cazauvielh, sur 69 malades, ont constaté 21 fois l'influence d'une frayeur, et 10 fois des chagrins prolongés. Sur 232 malades, M. Beau a pu rapporter 105 fois à une peur le point de départ de la maladie, et 16 fois à des chagrins. L'époque menstruelle, la grossesse aggravent encore la fâcheuse influence des émotions violentes, et quelques faits semblent prouver qu'une terreur éprouvée par la mère donne lieu à l'épilepsie congénitale chez l'enfant qu'elle porte dans son sein.

Enfin, c'est encore aux impressions morales qu'il faut rapporter ce qu'on a dit de l'imitation. La vue d'un accès d'épilepsie a pu, chez des sujets prédisposés, déterminer une

première attaque convulsive, et même, dans quelques cas, cette influence contagieuse s'est propagée à toute une réunion d'individus.

L'épilepsie peut être *sympathique*, c'est-à-dire que liée à quelque anomalie fonctionnelle, à quelque lésion organique, elle paraît et disparaît avec elle. On a vu des femmes devenir épileptiques pendant une grossesse et cesser de l'être immédiatement après l'accouchement. La dentition, la présence d'un corps étranger dans le conduit auditif, de larves dans les sinus frontaux, de vers dans l'intestin, amènent parfois une épilepsie passagère. On a même vu des accès convulsifs se rattacher à une affection utérine et guérir avec elle. Esquirol a beaucoup insisté sur ces épilepsies, qui en réalité sont assez rares.

L'épilepsie est quelquefois *symptomatique* d'une altération organique du cerveau ou de ses membranes : à l'autopsie on a constaté, chez des épileptiques, des ramollissements, des cancers, des tubercules, des kystes hémorrhagiques du cerveau et de ses membranes, des plaques osseuses ou cartilagineuses de la pie-mère, des exostoses intra-crâniennes d'origine syphilitique, des abcès, des kyste hydatiques, des indurations ou des dégénérescences des corps striés, des couches optiques, de la corne d'Ammon ou des circonvolutions. Quant aux anomalies cérébrales qui accompagnent l'idiotie, elles sont également une cause fréquente d'épilepsie : sur 8 ou 10 idiots, Georget en a trouvé 1 au moins qui était épileptique.

Enfin l'épilepsie peut être consécutive à une intoxication : l'épilepsie saturnine et surtout l'épilepsie alcoolique rentrent dans cette catégorie.

§ 3. — Description.

Prodromes. — Parmi les épileptiques, il en est qui sont frappés subitement, sans prodromes d'aucune sorte ; d'autres, au contraire, éprouvent des symptômes avant-coureurs qui

leur permettent de prévoir l'accès quelques jours, quelques heures, quelques secondes avant son apparition.

1° Ces prodromes sont très variables, mais ils se présentent chez le même malade avec une constante uniformité : tantôt c'est de la tristesse, de la pesanteur de tête, de l'inaptitude au travail, de la céphalalgie ; tantôt, au contraire, il s'agit d'une douleur locale, d'un phénomène sensitif, ou même d'une convulsion musculaire isolée qui, partant de la périphérie, arrive peu à peu vers le centre et amène alors l'explosion de l'accès convulsif : c'est là ce qu'on a désigné sous le nom d'*aura*.

L'aura peut être *sensitive* ou *musculaire*.

L'aura *sensitive* consiste, le plus souvent, en une douleur, en une sensation de froid, d'engourdissement, de chatouillement qui, s'élevant du sein, de la nuque, de l'épigastre, s'élève jusqu'à la tête : une compression énergique exercée sur son passage a pu maintes fois l'arrêter et prévenir l'accès. Tissot rapporte l'exemple d'un homme qui le faisait avorter en appliquant au bras un tourniquet qu'il serrait dès qu'il sentait le mal à la main gauche, et la science possède plus d'un fait de cette nature. Quelquefois l'aura consiste en une hallucination : on voit des épileptiques chez lesquels l'accès s'annonce par la perception d'odeurs fétides, tandis que d'autres ont des visions : tel était ce malade qui, avant chaque accès, voyait devant lui une roue dentée, au milieu de laquelle se trouvait une figure effrayante.

Quant à l'aura *musculaire*, elle consiste en une contraction qui, débutant par un muscle de la périphérie, envahit peu à peu les muscles voisins, arrive jusqu'au tronc, et alors seulement se généralise : chez un jeune homme, dit Hollier cité par Esquirol, l'accès commençait par l'épaule, le bras était saisi de tremblement, les mâchoires se serraient, l'accès éclatait ; chez un autre, l'engourdissement de la main droite était le premier symptôme ; les trois premiers doigts se

tordaient fortement, le bras se tordait aussi, le corps se courbait, et le malade tombait. Maisonneuve a connu un homme chez lequel l'accès débutait par des convulsions du bras et des paupières du côté droit. Si au début de ces convulsions on tirait fortement le bras, l'accès était prévenu; il en était de même si le malade se mettait à courir. Enfin, chez quelques épileptiques, l'aura consiste non pas en une convulsion partielle et isolée, mais en des mouvements précipités, involontaires et comme impulsifs : j'en ai vu qui, un instant avant l'accès, se mettaient à courir dans l'espace de trente à quarante pas; d'autres tournent d'eux-mêmes entraînés par un mouvement qu'ils ne peuvent dominer.

Grand accès.

Qu'il ait été ou non précédé de prodromes, l'accès d'épilepsie débute ordinairement par un cri rauque, semblable à une bruyante inspiration, éveillant l'idée d'une douleur violente et inattendue, et qui manque rarement, surtout quand la maladie est bien établie. Le malade, un peu pâle, tombe comme foudroyé, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté; tous ses membres sont pris d'une roideur tétanique, la tête fixée dans la rotation forcée, les yeux ouverts et divergents, les pupilles dilatées, le regard féroce; la face s'injecte progressivement et devient livide; les muscles du cou se roidissent, les jugulaires se gonflent, la respiration se suspend, le pouls devient petit et concentré, et toute sensibilité est abolie.

Telle est la première période de l'accès, période *tonique* (Beau), *tétanique*, ou période d'*asphyxie*.

Au bout de vingt à trente secondes, à l'état tétanique succèdent les convulsions : les muscles de la face produisent des grimaces hideuses, grimaces qui se reproduisent cinq à six fois sans interruption, et qui résultent de contractions musculaires subites alternant avec un relâchement non moins

prompt : la commissure labiale est entraînée jusqu'à l'oreille, le front se plisse, les sourcils s'abaissent, les paupières laissent à découvert le globe oculaire roulant dans l'orbite; les mâchoires, en se rapprochant et s'éloignant alternativement, produisent un violent grincement de dents et saisissent souvent la langue qu'elles lacèrent profondément; les bras, contractés et roidis, éprouvent sept à huit secousses convulsives, pas au delà (Calmeil); les poings sont fermés, et le pouce fléchi est ramené dans la paume de la main ; les cuisses et les jambes obéissent à la même impulsion, d'autant plus faible qu'on s'éloigne plus de la tête; le tronc, brusquement soulevé, retombe, se tord en divers sens ou bien reste dans un véritable état tétanique; pas de bonds violents comme chez les hystériques; les convulsions se font sur place ou à peu près. Les mouvements du cœur, violents, tumultueux, s'entendent à une grande distance; la respiration, sifflante, entrecoupée, se rétablit péniblement, le corps est baigné de sueur; quelquefois il y a des vomissements, des évacuations involontaires et même des émissions spermatiques.

Cette seconde période, période *clonique* ou *convulsive*, dure plus longtemps que la précédente et peut se prolonger plusieurs minutes.

Survient enfin la troisième période, période de *collapsus* : les bras sortent de leur état de roideur, la tête est vacillante, la face pâlit, tous les muscles se détendent, la respiration reprend largement son cours, et les expirations, qui se succèdent rapidement, laissent entendre un ronflement caractéristique. C'est alors que l'air expiré amène entre les lèvres une certaine quantité de salive écumeuse, rougie par le sang qui s'écoule des morsures de la langue et de la face interne des joues.

Le calme succède à cette scène violente et le système musculaire, encore agité par un léger tremblement, revient à peu près à une immobilité parfaite. Mais l'insensibilité per-

siste pendant un temps plus ou moins long; les odeurs les plus fortes, les excitants les plus énergiques restent absolument sans action; les sujets n'ont aucune conscience des plaies, des brûlures ou des contusions très graves qu'ils ont pu se faire pendant la durée de l'accès; ils restent un quart d'heure, vingt minutes ou même plus sans connaissance, dans un assoupissement profond, la respiration stertoreuse, les muscles dans une résolution complète. Ce n'est qu'au bout de ce temps que le malade revient lentement à lui : l'air hébété, le regard fixe, entendant ce qu'on lui dit, mais ne répondant pas encore; ses premières paroles expriment les douleurs qu'il éprouve dans la tête, dans les membres, il se sent brisé, courbaturé, sans conserver aucun souvenir de ce qui vient de se passer : la position où il se trouve, le sentiment de fatigue qui l'accable, l'excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales, la vue des personnes qui l'entourent et lui donnent des soins, sont les seuls indices qui lui permettent de reconnaître qu'il vient d'avoir un accès.

La stupeur consécutive à l'accès convulsif ne fait jamais défaut; elle peut ne durer que quelques minutes, mais souvent aussi elle se prolonge pendant plusieurs heures et même plusieurs jours chez les individus gravement frappés : on les voit alors oublier leur nom, le numéro de leur salle et de leur lit; il faut les faire manger, les habiller et surveiller toutes leurs actions, jusqu'à ce que l'hébétude s'efface progressivement : c'est immédiatement après la période de stupeur que, chez les épileptiques aliénés, se développent les troubles intellectuels dont nous parlerons plus loin.

Le grand accès n'est pas toujours unique; il est des cas où un accès n'a pas encore accompli toutes ses périodes qu'un autre déjà recommence. Les paroxysmes convulsifs peuvent ainsi se succéder coup sur coup, si bien qu'on peut compter quarante, soixante accès sans interruption, et que la mort peut s'ensuivre : ce sont alors, selon l'ingénieuse dénomina-

tion de M. Trousseau, des accès subintrants ou imbriqués (1). Dans les cas où les sujets échappent au danger immédiat de ces accès répétés, les suites en sont beaucoup plus graves, la stupeur est plus profonde et plus prolongée, les troubles intellectuels sont plus fréquents, et il n'est pas rare d'observer des contractures des membres, des paralysies partielles, des mouvements choréiformes, qui se dissipent avec une grande lenteur. C'est également après des accès d'épilepsie caractérisés par la violence des convulsions, que l'on a noté des luxations du bras ou de la cuisse, des ecchymoses de la conjonctive, ou même une éruption spéciale consistant en de petites taches rouges disséminées sur la face et sur le front, et se dissipant en général assez promptement.

Outre le grand accès convulsif, le grand mal, l'épilepsie présente une forme moins effrayante d'aspect, mais non moins redoutable au point de vue de ses conséquences, que l'on désigne sous le nom de *petit mal*, de *vertige*, d'*étourdissements*. Le vertige, qui est pour ainsi dire une attaque avortée, dure à peine quelques secondes et affecte des apparences très variables. En voici quelques exemples que j'emprunte à M. Calmeil, en commençant par les plus tranchés :

Une malade tombe à la renverse, laisse aller ses urines, perd connaissance : l'œil devient hagard, la face se colore, les traits se crispent, la bouche se tord, puis les choses en restent là ; la malade se relève subitement et comme une somnambule se met à parcourir la salle. Son intelligence est abolie, ses impressions sont nulles, le tout se termine par de grands éclats d'un rire stupide. — Un militaire jeune et robuste, sentant son vertige, ne tombait point, il se contentait de porter la tête à droite, allongeait les bras comme pour résister à leur contraction, et, après être resté une

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855.

demi-minute comme étourdi, il continuait ses occupations. — Une autre sentait sa tête tourner ; elle se laissait tomber sur un siége, ne présentait aucun symptôme convulsif, mais restait une bonne minute les yeux tournés, la face étonnée et comme dans la stupeur. — Une dernière malade, immédiatement après le vertige, prenait une aiguille, cousait en un paquet toutes les pièces qui recouvraient son lit, prononçant en même temps le mot *coche*.

En résumé, perte de connaissance, mouvements convulsifs partiels durant à peine quelques secondes et suivis d'un peu d'hébétude et de quelques actes bizarres et impulsifs, voilà ce qui caractérise le vertige.

On désigne sous le nom d'*absence* une sorte de vertige avorté ; dans cette forme qui est loin d'être rare chez les épileptiques, il n'y a même plus trace de mouvement convulsif, la perte de connaissance seule subsiste encore ; le malade s'interrompt tout à coup au milieu d'une conversation, perd de vue ce qui se passe autour de lui, et au bout de quelques secondes complète sa pensée inachevée ; ou bien il laisse tomber l'ouvrage ou l'objet qu'il tenait à la main, et cela sans qu'aucun autre symptôme éveille l'attention. Ces absences qui passent quelquefois inaperçues n'en ont pas moins de gravité au point de vue du pronostic et du trouble mental qu'elles occasionnent.

§ 4. — Physiologie pathologique.

Des tentatives pleines d'intérêt ont été faites pour arriver à donner une théorie physiologique de l'accès d'épilepsie, et pour expliquer, à l'aide des résultats obtenus par les expérimentateurs modernes et surtout par M. Brown-Séquard, les phases diverses qui se succèdent avec une grande régularité pendant la durée de cet accès. On sait que M. Brown-Séquard (1) est parvenu à déterminer chez des lapins une affection convulsive épileptiforme, à l'aide d'une section

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, séance du 7 octobre 1856.

transversale de la moelle, d'autant plus efficace qu'elle s'éloigne davantage de l'extrémité caudale, et se rapproche du bulbe rachidien. Trois semaines après l'opération, l'affection convulsive se produit, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'une légère excitation comme le pincement de la peau des joues. Si la lésion de la moelle épinière atteint profondément les deux moitiés latérales, les convulsions peuvent être produites par l'irritation des deux côtés de la face et du cou. Si la moelle a été lésée d'un seul côté, c'est l'irritation de la face et du cou du côté correspondant qui seule peut produire les convulsions.

Ces expériences qui complètent les recherches de Marshall-Hall sur le pouvoir excito-moteur de la moelle et lui donnent une démonstration pratique, sont de nature à jeter quelque jour sur le mécanisme de l'accès d'épilepsie, et M. Foville dans sa thèse a exposé avec intérêt les théories physiologiques à l'aide desquelles on peut expliquer chacune des phases de l'accès. L'accès débute, dit-il, par une excitation périphérique quelconque, émotion morale, aura sensitive ou musculaire : cette excitation est transmise à la moelle allongée qui, en vertu de son pouvoir réflexe, réagit sur les filets du grand sympathique qui accompagnent et animent les tuniques contractiles des vaisseaux de la tête et du crâne (Cl. Bernard); ces vaisseaux se contractent, chassent le sang contenu dans leur intérieur, d'où la pâleur de la face, la perte subite de connaissance qui caractérisent le début de l'accès. La moelle allongée réagit en outre sur les nerfs moteurs, elle amène des contractions tétaniques qui, s'opposant à la liberté des mouvements respiratoires, déterminent dans tous les organes une accumulation anormale du sang veineux et par suite l'asphyxie ; la moelle paralysée par cette accumulation de sang veineux cesse de réagir et l'accès cesse. Si elle se dégorge assez vite pour pouvoir réagir, il se produit une série d'accès se succédant sans interruption.

Rien de plus digne d'intérêt que ces études dans lesquelles la physiologie et la pathologie se prêtent un appui mutuel, il faut bien se garder toutefois au point de vue pratique d'en tirer des conséquences trop promptes. Marshall-Hall regardant la moelle allongée comme le point de départ des phénomènes de l'épilepsie, et surtout du spasme des muscles du cou et de la glotte qui, selon lui, s'oppose à l'introduction de l'air et amène l'asphyxie, n'hésite pas à conseiller et à pratiquer la trachéotomie pour guérir l'épilepsie; mais quel est le médecin qui oserait prendre au sérieux un pareil conseil? D'un autre côté, dire avec M. Brown-Séquard que l'indication principale du traitement de l'épilepsie consiste à diminuer l'excitabilité réflexe de la moelle allongée et à supprimer la cause excitante des accès (cause excitante le plus souvent inconnue), c'est poser un problème plus facile à indiquer qu'à résoudre, et laisser au traitement toutes ses difficultés.

§ 5. — Marche et terminaisons.

Le retour des accès d'épilepsie est quelquefois périodique. Certains malades n'ont qu'un accès chaque année, au retour du printemps; chez d'autres, l'accès revient chaque mois, chaque semaine, tous les cinq jours, tous les deux jours. J'ai vu un épileptique dont l'accès ne venait jamais que le matin à sept heures, pendant qu'il faisait sa toilette. Chez beaucoup de sujets, l'accès n'éclate que la nuit pendant le sommeil. Cette épilepsie nocturne offre parfois de grandes difficultés pour le diagnostic, car on ne s'aperçoit guère de son existence qu'au sentiment de fatigue et de courbature éprouvé au réveil par le malade, qui trouve en même temps son lit inondé d'urine. Je n'insiste pas ici sur la coïncidence des accès avec les phases lunaires; cette opinion admise par les anciens auteurs et devenue populaire, ne repose en réalité sur aucune observation rigoureuse.

Il arrive enfin, mais plus rarement, que les accès apparaissent à des époques indéterminées : un incident léger en apparence, une odeur, une couleur, la chaleur d'un appartement, une émotion morale, surtout lorsqu'elle a quelque analogie avec celle qui a provoqué l'explosion de l'épilepsie, suffisent pour déterminer le retour des convulsions. Un enfant devient épileptique après un accès de colère; la plus légère contrariété provoque le retour des convulsions. Un soldat monte à l'assaut, une bombe éclate auprès de lui, il est frappé d'épilepsie et guérit au bout d'un an : vingt ans après, la vue des remparts lui rend les mêmes accès (Esquirol).

Que l'épilepsie à son début se soit manifestée par un grand accès convulsif ou par un simple vertige, ces deux ordres de symptômes finissent presque toujours par se trouver réunis. Le petit mal et le grand mal alternent alors irrégulièrement chez le même sujet, et accumulent sur l'intelligence leurs effets destructeurs, redoublant de fréquence et d'intensité sous l'influence des grandes chaleurs, des grands froids, des excès vénériens et alcooliques, s'éloignant et perdant de leur violence, grâce à une vie tranquille, et même se suspendant pendant la durée d'une affection fébrile intercurrente. Une fois arrivée à ce degré, l'épilepsie peut persister pendant des années entières sans altérer les fonctions organiques et sans compromettre la vie des sujets; quelquefois même les accès s'éloignent, ils diminuent d'intensité, et l'on voit se produire ou une guérison solide et durable, ou une rémittence qui peut se prolonger pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, et est trop souvent prise pour une guérison.

L'épilepsie peut causer la mort. Les malades succombent parfois à la violence des accès qui, se succédant sans interruption, ne laissent pas au cerveau le temps de se dégorger, et alors on trouve à l'autopsie, outre des lésions organiques, quand l'épilepsie est symptomatique, les traces

d'une congestion cérébrale, et même, ainsi qu'il en existe quelques observations, une rupture du cœur. Des accidents survenus au milieu de l'accès convulsif, comme des plaies, des contusions, des brûlures, peuvent encore amener une terminaison fatale ; enfin le suicide, comme nous le verrons, constitue une complication dont il faut savoir faire la part.

§ 6. — De l'état mental des épileptiques.

L'intégrité parfaite de l'intelligence et du sentiment chez les épileptiques est un fait extrêmement rare, et c'est en vain que l'on allègue l'histoire de plusieurs grands génies, comme César, Mahomet, Pétrarque, Napoléon, qui auraient été, dit-on, épileptiques ; ces exemples, quand même ils seraient authentiques, ne sauraient prévaloir contre l'observation de chaque jour.

Sur 339 femmes épileptiques observées à Charenton, Esquirol (1) en a trouvé 12 monomaniaques : « 30 sont maniaques, parmi elles quelques-unes ont du penchant au suicide, et ont fait plusieurs tentatives pour se détruire. 34 sont furieuses, chez 3 la fureur n'éclate qu'après l'accès. 145 sont en démence ; 16 sont constamment dans cet état ; les autres ne le sont qu'après l'accès ; 2 ont des paroxysmes de fureur. 8 sont idiotes ; l'une d'elles n'est épileptique que depuis sept à huit mois, et n'a eu que cinq accès.

» 50 sont habituellement raisonnables, mais elles ont des absences de mémoire plus ou moins fréquentes, ou bien des idées exaltées ; quelques-unes ont un délire fugace ; toutes ont de la tendance vers la démence.

» 60 n'ont aucune aberration de l'intelligence, mais elles sont d'une très grande susceptibilité, irascibles, entêtées, difficiles à vivre, capricieuses, bizarres ; toutes ont quelques difficultés dans le caractère.

(1) *Des maladies mentales*, t. Ier, p. 284.

» Donc 269 de nos 339 épileptiques, c'est-à-dire les quatre cinquièmes sont plus ou moins aliénées; un cinquième seulement conserve l'usage de la raison, et quelle raison ! »

Pour plus de clarté nous étudierons en première ligne les modifications du caractère que l'on observe chez les épileptiques non aliénés.

Viendront ensuite les troubles intellectuels proprement dits, que l'on ne rencontre que chez les épileptiques aliénés, et qui constituent la folie épileptique. Nous les diviserons de la manière suivante :

1° Troubles intellectuels à marche aiguë, liés à l'accès convulsif lui-même et constituant une de ses complications, manie, mélancolie, impulsions instinctives, hallucinations;

2° Troubles intellectuels observés dans l'intervalle des accès;

3° Troubles intellectuels à marche chronique se développant à la longue chez les épileptiques, c'est-à-dire affaiblissement progressif de l'intelligence aboutissant à la démence et même à la paralysie générale.

Modifications du caractère chez les épileptiques non aliénés.

Tous les médecins qui ont vu de près les épileptiques savent qu'à quelques exceptions près, ces malades deviennent très vite irritables, soupçonneux, querelleurs; on les entend se plaindre de tous ceux qui les entourent, critiquer d'une manière agressive ce qui se passe devant leurs yeux, et présenter une versatilité de goûts et d'humeur qui est un trait caractéristique de leur situation mentale; tantôt ils sont gais, pleins d'entrain, et offrent même un léger degré d'excitation intellectuelle qui rend leur imagination plus féconde et plus vive, tantôt au contraire, préoccupés de leur affreuse maladie, poursuivis par des idées hypochondriaques, ils se montrent tristes, moroses, déprimés, incapables d'un travail un peu soutenu, et se laissent

aller à tous leurs mauvais penchants. Ces inégalités de caractère, ces alternatives incessantes d'excitation et de dépression influent singulièrement sur leurs actes, et sur leurs allures : autant, dans certains moments, ils sont taquins, querelleurs, irascibles, autant, dans une période nouvelle, ils se montrent humbles, soumis, obséquieux.

Sans constituer un état positif d'aliénation mentale, cette mobilité de sentiments et de caractère doit être prise en sérieuse considération dans l'appréciation des actes commis par les épileptiques, et l'on comprend sans peine qu'elle ait été invoquée sinon comme motif d'excuse, du moins comme circonstance atténuante, d'autant plus que ces dispositions morales, lorsqu'elles vont en s'aggravant, conduisent très souvent les malades à l'aliénation mentale confirmée.

Folie épileptique.

1° *Folie épileptique liée à l'accès convulsif.* — Il est bien rare que des troubles intellectuels se développent dès les premiers accès d'épilepsie ; ce n'est guère qu'au bout d'un grand nombre d'attaques qu'on les voit faire explosion.

Dans l'immense majorité des cas, la folie épileptique est consécutive à l'accès. Le délire éclate immédiatement après la période de stupeur, c'est-à-dire tantôt un quart d'heure, tantôt plusieurs heures ou même plusieurs jours après la cessation des convulsions. Un accès isolé peut n'être suivi d'aucun désordre dans les idées, tandis que des attaques survenues coup sur coup, amènent plus facilement des troubles intellectuels. On a vu cependant des accès d'épilepsie incomplets et avortés, pour ainsi dire, s'accompagner plus volontiers de délire que d'autres accès dans lesquels les convulsions avaient épuisé toute leur violence.

Dans quelques faits exceptionnels, le délire précède l'accès convulsif, qui lui sert pour ainsi dire de crise. Les paroxysmes maniaques ont alors une durée qui varie de quel-

ques heures à plusieurs jours. Tantôt l'accès d'épilepsie met fin brusquement au délire ; tantôt ce dernier disparaît progressivement et avec lenteur.

Enfin on a cité des cas, à la vérité assez rares, où le délire se produisait à la fois avant et après les convulsions. M. J. Falret (1) rapporte à ce sujet une observation très curieuse qui lui a été fournie par M. Billod, et dans laquelle les accès d'épilepsie étaient précédés d'un état mélancolique et suivis d'un état maniaque.

De toutes les formes de folie épileptique, la *manie* est la plus fréquente, et voici quels sont ses caractères pathognomoniques :

Elle éclate brusquement, sans prodromes et atteint en peu d'instants son plus haut degré de violence, après avoir été précédée tout au plus, pendant quelques heures, de tristesse, d'irritabilité ou de quelques malaises physiques, comme la céphalalgie, les vomissements, l'éclat des yeux, l'altération de la voix ou de légers mouvements convulsifs de la face ou des membres.

L'excitation une fois développée ne se maintient jamais dans des limites modérées. Les sujets, en proie à une fureur aveugle, brisent tous les objets qui leur tombent sous la main, déchirent, mordent, vocifèrent, se frappent la tête contre les murailles, se précipitent avec rage sur tous ceux qui les approchent ; aussi sont-ils considérés, et avec juste raison, comme les plus terribles et les plus redoutables de tous les maniaques. Dominés par des idées terrifiantes, poursuivis par des hallucinations de l'ouïe et de la vue, ils voient, ils entendent autour d'eux des assassins, des hommes armés, qui se précipitent pour les massacrer ; ils aperçoivent des météores enflammés, des cercles de fer, et ces visions leur

(1) *Archives générales de méd.*, décembre, 1860 et suiv., *De l'état mental des épileptiques.*

impriment un sentiment profond d'égarement et de frayeur. C'est alors que, poussés par une irrésistible impulsion, ils s'arment du premier objet qui se trouve sous leur main, frappent autour d'eux à coups redoublés et épuisent leur fureur sur les corps animés ou inanimés qui se trouvent sur leur passage.

Quelques autres caractères permettent encore de distinguer la manie épileptique de la manie ordinaire : ainsi tous les accès chez le même malade présentent une ressemblance absolue, non-seulement dans leur ensemble, mais dans chacun de leurs détails. Lorsqu'on a observé avec soin les diverses phases d'un premier accès de manie épileptique, on est vraiment frappé d'étonnement en constatant que le même malade exprime les mêmes idées, profère les mêmes paroles, se livre aux mêmes actes, éprouve en un mot les mêmes phénomènes physiques et moraux, à chacune des périodes de chaque nouvel accès (1). Il est aussi remarquable que, malgré le désordre et la violence des actes, les paroles prononcées par les maniaques épileptiques sont en général beaucoup moins incohérentes que celles de beaucoup d'autres aliénés. Ils comprennent mieux les questions qu'on leur adresse et s'aperçoivent plus souvent de ce qui se passe autour d'eux (J. Falret).

Les accès de manie épileptique ne sont jamais de longue durée : il est rare qu'ils se prolongent au delà de quelques jours. Les malades se calment brusquement et reviennent en quelques heures, et pour ainsi dire sans transition, à leur état normal, offrant souvent par la timidité de leurs allures, leur esprit défiant et craintif, le contraste le plus frappant avec les scènes d'horrible violence qu'ils viennent de commettre. Quelques-uns présentent une courte période intermédiaire de torpeur physique et intellectuelle d'où ils sor-

(1) J. Falret, *loc. cit.*

tent comme d'un rêve, ne conservant qu'un souvenir vague et confus des faits qui se sont passés pendant l'accès. Rien de semblable, on le sait, ne s'observe dans l'accès ordinaire de la manie, même lorsqu'il s'est prolongé pendant plusieurs semaines, plusieurs mois. Les sujets conservent avec une fidélité extraordinaire la mémoire des faits qui se sont passés au moment même où ils étaient en proie à une vive agitation

A côté du délire général à forme maniaque, on observe quelquefois chez les épileptiques, à la suite de leurs accès, du délire mélancolique avec prédominance d'idées religieuses ou d'idées hypochondriaques, et tendance au suicide, mais ce qu'on rencontre beaucoup plus communément, c'est un état spécial que M. J. Falret a décrit sous le nom de *petit mal intellectuel*, et qui est intermédiaire entre la lucidité d'esprit des délires partiels et le trouble complet des délires généraux : il consiste principalement dans une grande confusion des idées accompagnée d'impulsions instinctives, instantanées, d'hallucinations et d'actes violents. A peine la stupeur résultant de l'accès convulsif s'est-elle dissipée que les épileptiques atteints de ce genre de délire restent tristes et abattus, leur mémoire est affaiblie, leurs conceptions intellectuelles sont lentes et confuses. Ils sentent en eux-mêmes un anéantissement de leur volonté, une impuissance absolue pour résister aux impulsions qui les dominent et contre lesquelles ils n'ont pas le courage de lutter. En proie à une anxiété vague, à des hallucinations , à une terreur involontaire, ils quittent leur domicile et errent partout sans but et sans direction ; c'est alors qu'ils se livrent au désespoir et envisagent tous ceux qui les entourent comme des ennemis acharnés à leur perte, qu'ils sentent se ranimer en eux des instincts de haine et de vengeance assoupis pendant la période de calme qui a précédé l'accès : au milieu de ces dispositions morales, entraînés par une impulsion dont plus

tard ils rendent compte avec précision, ils se livrent à des actes graves, tels que le vol, l'incendie, le suicide et l'homicide, l'homicide surtout qu'ils commettent en aveugles, sur leurs proches, sur leurs amis, sur les personnes qu'ils chérissaient le plus, souvent même sur le premier individu qui se présente à eux. Ils se jettent sur leur victime, la frappent à coups redoublés, et, emportés par une fureur indescriptible, abattent successivement tous ceux qu'ils rencontrent jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés ou qu'on soit parvenu à se rendre maître d'eux par la force.

Il peut arriver que l'acte violent, une fois exécuté amène une sorte de détente et serve pour ainsi dire de crise à l'accès. Les malades, encore hébétés et stupides, ne se rappellent que confusément les faits qui se sont passés, ou même en ont perdu toute conscience, témoignant un profond étonnement au récit des actes qu'ils ont commis. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps et alors que l'intelligence revient à un état plus normal, qu'ils recueillent peu à peu leurs souvenirs, tout en conservant dans leur esprit beaucoup de vague sur les points de détail. Interrogés sur les motifs qui ont pu les pousser à commettre tel acte grave, ils répondent invariablement qu'ils étaient poussés par quelque chose, qu'ils n'étaient plus maîtres d'eux-mêmes, et si quelques-uns sont péniblement émus, beaucoup d'autres conservent une indifférence, une impassibilité, indice d'un état mental plus gravement compromis.

En résumé, dans les impulsions liées à l'accès d'épilepsie, nous retrouvons, comme dans la manie épileptique, la brusquerie de l'invasion et de la disparition des symptômes, la violence et le caractere impulsif des actes, l'oubli partiel ou total de ce qui s'est passé pendant l'accès. Ces particularités ne doivent jamais être perdues de vue, car elles sont pathognomoniques, et ont une grande importance médico-légale.

2° *Folie aiguë survenant dans l'intervalle des accès d'épi-*

lepsie. — Plusieurs auteurs ont noté chez des épileptiques des moments de délire aigu survenant en dehors de tout accès convulsif. Ce délire revêt tous les caractères que nous avons indiqués plus haut : tantôt il s'agit d'un accès de manie furieuse ; tantôt, au contraire, d'une folie transitoire signalée par des impulsions homicides et des actes de violence inexplicables, dont les sujets ne conservent aucun souvenir. M. Delasiauve (1) a cité une observation où la folie survenait sans être précédée de crise et souvent même à une époque très distante des premiers accès, et la science possède plusieurs exemples analogues ; bien plus, on a vu les accès convulsifs et les accès maniaques alterner entre eux d'une manière tout à fait remarquable. Quelques médecins discutent et même nient complétement les faits de cette nature. Ils objectent que, dans ces cas, l'attaque convulsive ne manque jamais, mais qu'elle reste inaperçue, soit parce qu'elle survient pendant la nuit, soit parce qu'il s'agit d'un simple vertige, tellement rapide, tellement fugitif, qu'il échappe à tout observateur non prévenu. Cette vue ingénieuse, et très probablement exacte, a été appliquée à certains faits de médecine légale où l'examen des caractères spéciaux du délire éveille l'idée de folie épileptique, chez des sujets qui semblaient n'avoir eu jusque-là aucune attaque d'épilepsie. Souvent, en remontant avec soin aux antécédents de ces malades, on finit par acquérir la conviction qu'ils sont sujets à des vertiges, décrits par eux avec une grande exactitude, mais qu'ils déguisent sous le nom de crises nerveuses, d'étourdissements, et dont on ne peut découvrir la véritable nature qu'à l'aide d'un minutieux interrogatoire.

3° *Troubles intellectuels permanents se développant à la longue chez les épileptiques*. — Tous les auteurs ont signalé

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, p. 152.

l'influence que l'épilepsie exerce à la longue sur le degré d'énergie des facultés intellectuelles : la mémoire s'affaiblit, l'attention perd de sa force et de sa fixité, le travail d'esprit devient plus difficile et la démence va chaque jour en se caractérisant davantage. Il ne s'agit plus ici de perturbations passagères de l'intelligence, mais d'un état chronique qui persiste d'un accès à l'autre, et s'aggrave après chaque accès nouveau. Esquirol (1) et plus tard M. Calmeil (2) ont précisé d'une manière inattaquable, dans les propositions suivantes, les conditions qui, chez les épileptiques, accélèrent ou retardent les progrès de la démence.

Chez quelques enfants épileptiques, disent-ils, la raison ne se développe pas, ils sont idiots; chez d'autres, elle se développe, mais elle se perd de bonne heure.

Lorsque l'épilepsie éclate après la puberté, et surtout dans l'âge consistant, la raison se perd plus lentement; — les progrès vers la démence sont en rapport avec le nombre des années depuis l'invasion de la première attaque avec la fréquence et la durée de ces attaques. — L'influence la plus puissante pour l'anéantissement de la raison se trouve dans la réunion des accès du grand mal avec les vertiges; — le grand mal seul n'épargne point l'intelligence; les vertiges très multipliés, quoique seuls, sont aussi actifs pour la production de la démence que les vertiges et le grand mal réunis, mais un peu moins multipliés. — Lorsque l'épilepsie cesse, lorsqu'elle est suspendue pendant un temps plus ou moins long, lorsque les accès s'éloignent sans que la maladie ait cessé, alors l'intelligence se rétablit progressivement, le caractère de ces individus s'améliore, ils sont moins irritables, plus dociles, plus sociables; mais je n'en ai vu aucun, ajoute Esquirol, qui ne conservât une susceptibilité physique et morale très prononcée. Comment se fait-il, dit

(1) Esquirol, *De l'épilepsie*, t. I^er^, p. 288.

(2) Calmeil, *Thèse inaugurale*. Paris, 1824, p. 24.

encore cet auteur, que le vertige dont la durée est si courte, dont les convulsions sont à peine apercevables, ait une action plus funeste sur le cerveau, tue plus promptement l'intelligence, que les accès complets d'épilepsie dont les convulsions sont plus violentes et plus durables ?

L'affaiblissement intellectuel peut exister seul chez les épileptiques, mais fréquemment il s'associe à la manie chronique, au délire partiel avec préoccupations religieuses et hypochondriaques, ou à des impulsions dangereuses qui reviennent après chaque accès ; avec le temps ces derniers symptômes s'éloignent, l'affaiblissement intellectuel fait des progrès, et, arrivés au dernier degré de la démence, ces malheureux sont réduits à une vie purement végétative, et ne sortent de leur anéantissement intellectuel que sous l'influence de nouvelles convulsions qui amènent chez eux des périodes d'agitation bruyante et incohérente. La mort ne se fait pas longtemps attendre lorsqu'ils sont arrivés à cet état, et le plus souvent c'est à une congestion cérébrale qu'ils succombent. Chez d'autres la démence se complique d'embarras de la parole, plus tard même de délire ambitieux, et l'on voit se développer tous les symptômes habituels de la paralysie générale.

§ 7. — Diagnostic.

1° *Épilepsie simulée.* — Quelques individus peuvent avoir intérêt à simuler l'épilepsie pour se soustraire au service militaire ou pour exciter la commisération publique et trouver un asile dans les hospices : cette simulation, pour être parfaite, exigerait non-seulement une grande force de volonté, mais encore une connaissance très complète des phénomènes de l'accès épileptique ; aussi l'on ne rencontre que fort rarement des cas où le médecin ne découvre pas à première vue la supercherie. La turgescence violacée ou noirâtre de la face bientôt remplacée par la pâleur est impos-

sible à simuler ; il en est de même de l'insensibilité absolue de la peau, des muqueuses et des nerfs spéciaux, de l'immobilité de la pupille ; les mouvements tumultueux du cœur, le ronflement soporeux, l'air hébété qui suivent l'attaque, échappent à une imitation parfaite, et si quelques individus, à l'aide d'un morceau de savon introduit dans la bouche, ont rendu leur salive écumeuse, la méprise ne saurait longtemps se prolonger. D'après Marc, dans la convulsion épileptique on a beaucoup de peine à étendre le poignet et le pouce ; mais, une fois étendus, ils ne se fléchissent plus : dans l'épilepsie simulée, le sujet croit devoir les fléchir de nouveau dès qu'il ne sent plus de résistance. On a remarqué en outre que ceux qui simulent l'accès d'épilepsie choisissent en général leur lieu et leur moment : en tombant ils évitent de se faire du mal et ont soin de se trouver éloignés des médecins. Une menace, un traitement un peu rigoureux, suffisent pour éloigner les accès et quelquefois même pour faire avouer la simulation.

2° *Accès hystérique et accès épileptique.* — L'accès d'hystérie et l'accès d'épilepsie diffèrent trop pour pouvoir être confondus.

Dans l'hystérie, la face n'est pas grimaçante et conserve, même au milieu de l'excitation de tout le système musculaire, une expression de calme et de douceur bien différente des contorsions hideuses des épileptiques. Jamais la bouche n'offre d'écume sanguinolente ; au lieu d'être, au début, tétaniques avec injection violacée de la face et menace d'asphyxie, au lieu de se produire sur place, les convulsions hystériques sont tantôt cloniques, tantôt tétaniques, sans qu'on puisse leur assigner de période et d'ordre régulier. Elles s'accompagnent de mouvements de projection du bassin, de bonds tumultueux et désordonnés, qui projettent le corps à des distances considérables : ce n'est plus de l'asphyxie qu'on observe chez les malades, mais une respiration

entrecoupée de sanglots, un sentiment de constriction à la gorge accompagné de borborygmes caractéristiques et de tympanite.

Enfin l'état mental qui accompagne les deux accès offre des différences non moins tranchées. L'épileptique n'a aucune conscience de ce qui se passe pendant l'accès, très souvent il n'en conserve aucun souvenir, et ignorerait qu'il a été malade s'il n'en était averti par un vague sentiment de courbature ou par les morsures et les contusions qu'il a éprouvées. Chez les hystériques, au contraire, les sens, même au milieu des convulsions, conservent quelquefois leur acuité et leur vigilance : rien de ce qui se passe autour d'elles ne leur échappe, elles rendent un compte exact des paroles souvent trop peu mesurées qui sont prononcées à leur sujet. Une fois l'accès terminé, à quelques nuances près, elles rentrent dans la plénitude de leur intelligence et n'offrent pas ces accès maniaques, ces impulsions dangereuses qui suivent fréquemment l'accès d'épilepsie.

3° *Hystéro-épilepsie.* — Il faut d'ailleurs ne pas oublier que l'accès d'hystérie et l'accès d'épilepsie se combinent souvent ensemble pour constituer ce qu'on a appelé l'hystéro-épilepsie. Cette combinaison, dit M. Briquet (1), se produit de trois manières : tantôt l'épilepsie est la maladie primitive, tantôt c'est l'hystérie, tantôt les deux maladies se sont développées simultanément. L'épilepsie succède à l'hystérie, chez des jeunes filles atteintes d'accidents hystériques graves et d'attaques de convulsions très fréquentes, à la suite desquelles il se manifeste de la céphalalgie, du coma et de la diminution dans les facultés intellectuelles. L'hystérie succède à l'épilepsie, quand à la névrose primitive viennent se surajouter des chagrins, des peines morales bientôt suivies d'oppression, de strangulation, de spasmes et d'acci-

(1) Briquet, *Traité clinique de l'hystérie*, 1859, p. 400, 401, 402.

dents convulsifs nouveaux pour les malades : ce dernier ordre de développement est moins fréquent que l'autre.

Le plus ordinairement les deux espèces d'attaques convulsives sont distinctes les unes des autres et offrent chacune leurs traits caractéristiques, il existe alors deux affections différentes qui marchent parallèlement chez le même individu; M. Beau (1) sur 32 cas d'hystéro-épilepsie, en a trouvé 20 dans lesquels les attaques restaient distinctes. Quand la combinaison de l'hystérie et de l'épilepsie est plus intime, on trouve réunis dans la même attaque les phénomènes de deux maladies qui se présentent sous la forme suivante : « attaques, tantôt soudaines, tantôt précédées de malaises, tels qu'une céphalalgie violente, de l'agitation, de l'oppression à l'épigastre, une sensation de globe montant de l'épigastre au cou; puis survient la perte complète de connaissance avec dyspnée extrême, face livide et tuméfiée, écume à la bouche, distorsion des yeux, respiration stertoreuse, mélange de roideurs tétaniques et de convulsions cloniques; puis à la fin coma ou sanglots et peurs, et enfin brisement des membres pendant plusieurs heures. »

La connaissance des antécédents du sujet, de sa profession, l'examen des symptômes concomitants mettront bien vite sur la voie du diagnostic de l'épilepsie *alcoolique* et de l'épilepsie *saturnine*.

L'épilepsie est-elle de nature syphilitique, voici les points indiqués par MM. Gros et Lancereaux pour servir de base au diagnostic différentiel.

Le malade, lorsqu'on l'interroge avec soin, accuse toujours des antécédents syphilitiques bien accusés, chancres, bubons indurés, accidents secondaires. Au lieu de débuter d'emblée, l'épilepsie est presque toujours précédée de malaise, de céphalée nocturne, avec ou sans exostoses, d'alo-

(1) Beau, *Arch. de méd.*, 2e série, année 1838, t. XI, p. 334.

pécie, d'ecthyma, et souvent même quelques-uns de ces symptômes spécifiques coexistent avec les convulsions épileptiformes, ce qui constitue au point de vue du diagnostic un indice précieux. Dans l'intervalle des accès les malades sont loin de jouir d'une santé parfaite, et, contrairement à ce qu'on observe dans l'épilepsie ordinaire, ils souffrent de la céphalée et de névralgies à exacerbation nocturne. L'absence de l'hérédité, le développement tardif de la maladie qui n'éclate jamais avant trente ans, enfin sa curabilité sous l'influence de la médication spécifique, sont des signes qui ne doivent laisser aucun doute dans l'esprit du médecin.

Aucun indice utile ne peut être tiré de l'examen des convulsions. Quel que soit leur point de départ, elles revêtent absolument le même aspect et prennent à la fois et la forme du grand mal et la forme vertigineuse.

§ 8. — Traitement.

Tous les moyens de traitement que nous avons étudiés à propos de la folie en général et de chacune de ses formes, sont applicables à la folie épileptique, et ce sujet ne doit pas être ici traité de nouveau; quant à l'épilepsie elle-même, un long chapitre serait insuffisant, je ne dis pas pour discuter, mais simplement pour énumérer tous les remèdes vantés contre cette maladie; c'est dire assez qu'aucun d'eux ne jouit d'une efficacité reconnue, et que l'épilepsie par sa ténacité fait le désespoir de la thérapeutique (1).

Le premier soin du médecin en présence d'un de ces cas redoutables doit être de rechercher dans les antécédents du sujet, dans son tempérament, dans sa manière d'être, dans l'existence d'une aura, dans la cause de la maladie, quelque indication rationnelle qui puisse mettre sur la voie d'une

(1) V. Delasiauve, *Traitement de l'épilepsie* (*Ann. méd.-psychol.*, 1847).

médication sérieuse : une fois cette indication satisfaite, il lui est permis de recourir aux moyens empiriques, dernière ressource qui peut être utile si l'on est favorisé par le hasard, mais dont on ne pourra jamais calculer la portée.

Maisonneuve, Tissot et d'autres auteurs parlent de guérisons obtenues à l'aide de saignées, soit locales, soit générales, pratiquées chez des sujets jeunes, vigoureux et pléthoriques : ce moyen, dans les cas où il ne guérit pas, aurait éloigné les accès et diminué leur intensité. En tout cas, il ne peut être prolongé au delà de quelques mois, à moins qu'on n'ait recours aux saignées locales, aux ventouses scarifiées à la nuque et sur le cuir chevelu ; elles affaiblissent moins les malades et agissent principalement comme moyen dérivatif.

Les toniques et les ferrugineux chez des sujets anémiques ont donné des succès qui paraissent réels.

Les vomitifs et les purgatifs ont été bannis par Portal comme propres à exciter les convulsions épileptiques ; cependant les vomitifs, donnés périodiquement, ont pu dans quelques cas faire avorter des accès s'annonçant par des prodromes bien accusés ; quant aux purgatifs, ils forment souvent la base de médications très compliquées, vantées comme spécifiques. Chez les jeunes enfants, les purgatifs et les anthelminthiques seront employés d'une manière persévérante toutes les fois que l'on soupçonnera une complication vermineuse.

Parmi les révulsifs, il n'en est aucun qui n'ait été employé et qui n'ait donné quelques rares guérisons. Les larges vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu préalablement rasé, les frictions stibiées ou les lotions avec une forte solution de bichlorure de mercure, les cautérisations actuelles ou potentielles pratiquées à la nuque, aux bras ou au niveau de l'aura lorsque celle-ci est douloureuse, les moxas, les sétons, les brûlures survenues accidentellement et amenant avec elles une suppuration longue et abondante, ont suspendu

quelquefois les accès d'épilepsie ; mais si l'on compare le chiffre des guérisons réelles au chiffre des malades qui n'ont éprouvé aucun soulagement, on arrivera à n'user de tous ces moyens qu'avec une médiocre confiance.

Les bains tièdes prolongés calment l'irritabilité nerveuse des épileptiques, et peuvent être employés à titre d'adjuvants dans le cours d'un traitement ; les bains frais rendent également quelques services, si l'on a soin de ne pas trop abaisser leur température ; les bains de mer, par la surexcitation qu'ils déterminent, redoublent très souvent la fréquence et l'intensité des accès, et c'est avec raison qu'ils sont tombés en désuétude. Quant aux moyens hydrothérapiques, ils ont donné des résultats avantageux, surtout chez les individus débiles, anémiques, dont les fonctions cutanées s'exercent mal, et chez lesquels la digestion et l'assimilation restent languissantes ; ils agissent alors non sur l'élément convulsif, mais sur l'ensemble de l'économie.

Les sédatifs et les autres antispasmodiques semblent naturellement indiqués dans l'épilepsie pure, et il n'est aucun d'entre eux qui n'ait été employé avec profusion ; les fleurs de tilleul et d'oranger, le camphre, l'éther pris à l'intérieur et administré par inhalation, n'ont jamais procuré que des améliorations passagères. Tissot a vanté la racine de la valériane comme un spécifique admirable, et il compare son efficacité dans l'épilepsie à celle du quinquina dans les fièvres intermittentes. On a porté la dose de ce médicament jusqu'à 30 gram. de poudre par jour ; mais, malgré les faits de guérison qui ont été publiés, malgré les éloges qui lui ont été donnés par un grand nombre de praticiens, il n'est personne qui, tout en mettant ce moyen en usage, ose compter sur son succès. L'asa fœtida, le musc, le castoréum, l'ambre jaune et l'ambre gris ont été vantés d'une manière banale, sans que des résultats bien authentiques aient été cités à l'appui de ces éloges.

La plupart des médecins sont unanimes pour proscrire du traitement de l'épilepsie l'opium, qui cependant rend tant de services dans la plupart des névroses. On comprend d'ailleurs que cet agent, qui tend à congestionner le cerveau, puisse devenir dangereux dans une affection convulsive qui elle-même entrave gravement la circulation cérébrale.

Parmi les solanées vireuses on a employé la jusquiame, le datura stramonium, mais aucune de ces plantes n'a été autant préconisée que la belladone. M. Debreyne, après avoir expérimenté la plupart des anti-épileptiques, est arrivé à la considérer comme le plus efficace de tous; il donne la belladone sous forme d'extrait, en variant les doses suivant l'idiosyncrasie des individus, depuis quelques centigrammes jusqu'à 1 gramme, et s'arrêtant au moment où commencent à se manifester quelques phénomènes d'intoxication : trouble de la vue, vertiges, sécheresse de la gorge, désordre mental. M. Bretonneau et M. Trousseau (1) ont appuyé de leur autorité cette médication. Ils emploient la poudre de racine de belladone : les premiers jours, on n'excède pas la dose de 1 centigramme par jour, et le remède est donné le soir, si les accès reviennent surtout la nuit, et le matin, si au contraire les convulsions se montrent plutôt le jour; la dose de la poudre est portée seulement jusqu'à 5 et rarement jusqu'à 10 centigrammes, et l'on y reste pendant deux ou trois mois. On interrompt alors pendant une semaine pour reprendre durant trois semaines, interrompre de nouveau pendant quinze jours, y revenir deux semaines de suite, puis laisser au moins trois semaines d'intervalle, en ayant soin de recourir au médicament aux époques présumées du retour de la maladie, et de donner les doses les plus élevées précisément à ce moment. Il importe que le malade et le

(1) *Traité de thérapeutique*, t. II, p. 62.

médecin luttent ici de persévérance ; un traitement de ce genre doit durer au moins trois ou quatre ans.

Le quinquina et surtout le sulfate de quinine ont été employés à très hautes doses dans des cas d'épilepsie intermittente, et l'on cite plusieurs faits de guérisons très solides obtenues par ce moyen ; mais les chances de succès ne sont bien sérieuses que lorsque les accès sont très rapprochés et se reproduisent tous les trois jours, tous les deux jours, ou deux fois chaque journée. Dans les pays ou règnent les fièvres intermittentes, il faut bien se garder, au point de vue de l'appréciation des vertus du sulfate de quinine, de confondre l'épilepsie pure avec les fièvres pernicieuses à forme convulsive.

L'indigo à dose progressivement croissante depuis 8 jusqu'à 32 grammes, la poudre de racine d'armoise depuis 2 à 4 grammes, l'ammoniaque de 10 à 20 et 25 gouttes, le nitrate d'argent depuis 1 centigramme jusqu'à 5 centigrammes, comptent des succès sur lesquels on a beaucoup insisté. Ce dernier médicament a, comme on sait, l'inconvénient de noircir la peau lorsqu'il est longtemps employé et pourrait à trop hautes doses amener des accidents du côté du tube intestinal. Le sulfate de cuivre ammoniacal employé à la dose de 5 à 15 centigrammes, l'ammoniure de cuivre de 1 à 10 centigrammes, ont été singulièrement vantés; quant à l'essence de térébenthine, fort accréditée en Angleterre comme anti-épileptique et donnée de 8 à 30 grammes, elle est tombée en désuétude. Je ne citerai que pour mémoire la teinture de cantharides, le phosphore, la strychnine, la joubarbe, le sedum acre, le selin des marins, le gui de chêne, le galium luteum, et même les préparations de zinc, l'oxyde blanc et le lactate, que M. Herpin a beaucoup préconisées et qui, après avoir été employées pendant quelque temps d'une manière presque exclusive, commencent à être abandonnées.

Que dire enfin de certaines opérations chirurgicales pratiquées dans un but plus ou moins rationnel? du trépan qui devait permettre au cerveau une plus libre expansion, ce qui n'est admissible que dans les cas où l'épilepsie serait due à une fracture du crâne avec enfoncement? de la compression et même de la ligature des carotides? de la castration dont J. Frank cite un exemple? de l'avulsion des dents cariées? Ce sont là des moyens ou insuffisants, ou dangereux, qui laissent tout au hazard, et qui prouvent à quels écarts thérapeutiques peut entraîner une maladie aussi hideuse et aussi désespérante.

Après avoir épuisé la série des médicaments rationnels, après avoir satisfait aux indications les plus évidentes, le médecin doit, dans les cas désespérés, savoir s'abstenir. Si l'épileptique n'est pas aliéné, il lui conseillera le travail des champs, la vie en plein air, les exercices du corps, une vie régulière et le calme moral. Ces moyens, prolongés pendant des années entières, ont amené parfois des améliorations sur lesquelles ou ne comptait plus. La surveillance de l'asile et un traitement approprié à son état mental constituent la seule ressource de l'épileptique aliéné, que la violence et l'instantanéité de ses impulsions rendent éminemment dangereux et pour lui-même et pour la société.

CHAPITRE III.

DE L'HYSTÉRIE.

Définition. — Étiologie : hérédité, sexe, âge, climats et conditions hygiéniques, fonctions génitales. — Début et marche. — Symptomatologie : attaques convulsives, spasmes, syncopes, coma, catalepsie. — Des troubles intellectuels dans l'hystérie : modifications du caractère et de l'intelligence ; délire survenant au moment de l'accès convulsif ; folie hystérique et ses variétés : manie, mélancolie, délire partiel avec ou sans hallucinations, hypochondrie, hallucinations isolées, impulsions irrésistibles, démence ; folie hystérique épidémique. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

L'*hystérie* est une névrose caractérisée principalement par des accès convulsifs qui s'accompagnent de la sensation d'une boule qui remonte de l'épigastre vers la gorge, et par des troubles variés de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence, persistant à un degré plus ou moins marqué dans l'intervalle des accès.

L'histoire détaillée de l'hystérie est faite dans tous les traités spéciaux; nous nous contenterons ici d'en indiquer brièvement les traits principaux, notre but spécial étant de faire ressortir les troubles intellectuels qui accompagnent cette névrose et d'établir leur connexité avec la folie.

Cette connexité se démontre non-seulement par ce que l'observation nous apprend sur la coexistence peu rare des deux névroses, mais encore par l'analogie que présentent quelques-unes de leurs causes.

§ 2. — Étiologie.

1° *Hérédité.* — M. Briquet (1) a prouvé par des chiffres imposants que parmi les parents des hystériques, on en trouve au moins un quart, c'est-à-dire 25 pour 100, ayant pré-

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.

senté des affections cérébrales, hystérie, épilepsie, aliénation mentale, tandis qu'en faisant des recherches sur les antécédents héréditaires de femmes n'ayant jamais offert de symptômes d'hystérie, il n'a trouvé qu'un nombre d'affections nerveuses représenté par 2 pour 100. D'où il résulte que les enfants nés de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. La transmission par la mère semble plus fréquente que la transmission par la ligne paternelle.

2° Le *sexe* est une des causes les plus essentielles de l'hystérie, puisque cette maladie se rencontre à peu près exclusivement chez la femme. Il existe sans aucun doute des cas réels d'hystérie chez l'homme, mais ils sont relativement rares, et la science pourrait sans peine les compter. Ajoutons que nous n'avons aucune notion précise sur l'état intellectuel de ces malades, et que, dans un cas que j'ai observé, j'ai seulement constaté des dispositions mélancoliques qui existaient dans l'intervalle des accès et constituaient une simple nuance de l'état mental.

3° On a dit que l'*âge* exerçait une influence notable sur la production de l'hystérie, que la femme n'était sujette à cette affection qu'autant que le système génital avait pris tout son développement et jouissait de la plénitude de ses fonctions, c'est-à-dire depuis la puberté jusqu'à la ménopause. M. Briquet, à l'aide de statistiques nombreuses, a victorieusement combattu cette assertion, fondée sur une opinion préconçue des relations de l'hystérie avec les fonctions utérines. Il a fait voir qu'un cinquième des cas d'hystérie se développait avant la puberté ; qu'un peu plus du tiers se développait de quinze à vingt ans, époque où l'hystérie est à son maximum de fréquence. De vingt à vingt-cinq ans, la prédisposition s'affaiblit de moitié, bien que les fonctions utérines n'aient rien perdu de leur énergie ;

au delà de cet âge, et surtout au delà de quarante ans, époque de la ménopause, il est très rare de voir naître l'hystérie, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la voit apparaître de quarante à soixante ans.

4° *Climat et conditions hygiéniques.* — Aucun *climat* ne semble prédisposer à la maladie. Parmi les conditions sociales, ce ne sont pas celles qui donnent le plus de bien-être, mais au contraire celles qui imposent le plus de privations et de souffrances qui favorisent son développement. Une éducation molle et oisive, de mauvais traitements, une alimentation insuffisante, des émotions morales pénibles agissent dans le même sens, tantôt à titre de causes prédisposantes, tantôt comme causes occasionnelles.

5° *Fonctions génitales.* — Quant à la continence, que tous les anciens auteurs ont signalée, en attribuant les accidents hystériques à la rétention du prétendu fluide séminal, c'est là une influence étiologique que des observations plus précises ont singulièrement amoindrie. Il résulte des recherches de M. Briquet que les femmes veuves ne sont pas plus que les autres exposées à l'hystérie ; que cette maladie est très commune chez les filles publiques, puisque la moitié au moins en est atteinte ; qu'elle n'est pas plus fréquente chez les personnes qui par état vivent dans la continence ; enfin, que dans certains cas, le coït à lui seul suffit pour déterminer des attaques hystériques.

Les mêmes réflexions doivent s'appliquer à l'opinion si souvent défendue que l'hystérie était due à des troubles fonctionnels ou à des lésions organiques de l'appareil génital. On a signalé comme causes de la maladie les irrégularités de la menstruation et l'aménorrhée, les maladies des ovaires, les inflammations de l'utérus et de ses ligaments, les déplacements utérins. Bien des observations, bien des faits d'anatomie pathologique ont été cités à l'appui de cette idée ; cependant il résulte d'une discussion approfondie que les

états morbides des organes génitaux n'exercent sur la production de l'hystérie aucune influence spéciale ; qu'ils agissent sans doute, dans certains cas, soit par l'affaiblissement et l'état cachectique qu'ils déterminent à la longue, soit par les douleurs vives qui les accompagnent; mais qu'en réalité leur mode d'action ne diffère en aucune façon de l'influence fâcheuse exercée par les maladies d'autres organes. C'est donc à tort que l'on a dit et répété que l'hystérie provenait toujours de l'utérus, et que l'on a conseillé d'une manière banale le mariage comme un remède destiné à la guérir. Il a été prouvé que dans la très grande majorité des cas le mariage aggravait ou ne guérissait pas cette névrose, et que dans un tiers des cas tout au plus, il produisait une amélioration ou une guérison qu'on pouvait rationnellement attribuer, soit à d'heureuses modifications dans la vie matérielle et dans les fonctions nutritives, soit au rétablissement des fonctions menstruelles et à la satisfaction de certains sentiments contrariés ou comprimés.

§ 3. — Début et marche.

Le *début* de l'hystérie, ainsi que l'a établi M. Briquet, se fait de trois manières différentes. Tantôt la maladie commence dès les premières années par une impressionnabilité excessive qui se développe encore avec l'âge et sur laquelle viennent s'implanter des accidents nerveux plus accusés ; tantôt l'hystérie se développe plus tard, et d'une manière graduelle, sous l'influence des chagrins, de l'ennui ou des privations, et alors, avant l'explosion définitive de la maladie, on constate divers symptômes nerveux fugitifs qui constituent de véritables prodromes. Enfin, dans un certain nombre de cas qu'on peut évaluer à un tiers, la maladie débute brusquement à la suite d'une émotion morale, d'une vive frayeur : ou l'accès convulsif a lieu immédiatement, ou bien il s'écoule quelques heures entre l'action de la cause et le

moment de l'attaque, et pendant tout ce temps les malades éprouvent des spasmes, des tremblements qui ne cessent que par l'arrivée des convulsions.

L'attaque convulsive est incontestablement le phénomène le plus saillant de l'affection hystérique, mais autour d'elle viennent se grouper de nombreux symptômes consistant en des troubles divers de la sensibilité, anesthésies, analgésies, hyperesthésies, et des troubles de la mobilité, spasmes, paralysies, enfin en des formes symptomatiques complexes dans lesquelles l'intelligence se trouve plus ou moins gravement compromise, délire, somnambulisme, extase, coma, léthargie; ces divers phénomènes s'enchaînent entre eux d'une manière très diverse et peuvent difficilement être soumis, quant à leurs connexions, à une loi invariable; disons cependant qu'il faut distinguer deux variétés dans la marche de l'hystérie.

Quand la maladie éclate subitement à la suite d'une vive émotion morale, les convulsions s'observent d'emblée, et l'on voit naître autour d'elles, d'une manière plus ou moins rapide, les divers accidents de la maladie, anesthésies étendues, paralysies, délire, et même accidents fébriles. Lorsqu'au contraire l'hystérie se développe d'une manière graduelle, on voit survenir d'abord de la pâleur, de l'amaigrissement, de la céphalalgie, des névralgies intercostales, de la tristesse, des étouffements et une grande susceptibilité morale; ce n'est qu'à la fin, et comme expression complète et définitive de l'affection hystérique, que se développent les attaques convulsives.

§ 4. — Symptomatologie.

1° Attaques convulsives.

L'attaque convulsive hystérique débute quelquefois brusquement, plus souvent elle est précédée d'un certain nombre de symptômes précurseurs; les malades éprouvent des fris-

sons, des pandiculations, de la tristesse ; elles pleurent et elles rient sans motif, sentent un besoin instinctif de se mouvoir et de changer de place ; elles accusent de la dyspnée, des palpitations, de la constriction à la gorge, et l'anxiété qu'elles éprouvent alors est tellement prononcée qu'elles désirent ardemment l'arrivée de l'attaque qui met un terme à leurs souffrances : de la céphalalgie occipitale ou des points douloureux partant de l'abdomen sont suivis immédiatement de la sensation d'une boule plus ou moins volumineuse qui, de l'épigastre, monte au niveau du bord supérieur du sternum et plus souvent au niveau du larynx, où elle détermine un sentiment très pénible d'étranglement et de suffocation, qui rend la déglutition impossible et s'accompagne parfois d'une véritable hydrophobie. Les spasmes suivent immédiatement cette sensation caractéristique, la malade pousse un cri et tombe à terre : « elle s'agite avec violence, tantôt comme si elle se débattait contre une étreinte, d'autres fois, comme le ferait un opéré auquel on laisserait la liberté de ses mouvements, ou enfin comme une personne qui se livrerait à l'impatience, au mécontentement et au désespoir ; d'autres fois encore les membres supérieurs et inférieurs se meuvent dans tous les sens ; la flexion, l'extension, la rotation, l'adduction, l'abduction se succèdent avec la plus grande rapidité. Le corps se meut tantôt comme un ver, tantôt il se contracte dans tous les sens, bondit et s'échappe souvent des mains qui le retiennent. La tête s'agite sur le tronc en avant, en arrière, de côté, mais très rarement les muscles de la face éprouvent de ces convulsions qui tordent la bouche, qui font rouler les yeux dans leur orbite et les portent en dedans ou en dehors. » (Briquet). Les mâchoires se serrent l'une contre l'autre, de manière à produire du claquement et du grincement des dents ; les parois thoraciques se meuvent convulsivement, et sous l'influence de ces efforts les veines jugulaires se dessi-

nent sous la peau qui prend une teinte violette; de violents craquements articulaires, des soubresauts tendineux, accompagnent ces mouvements désordonnés, pendant lesquels on voit les malades porter instinctivement la main à la gorge, comme pour en arracher le corps qui les suffoque, se mordre, se frapper et se livrer parfois à de semblables violences sur ceux qui les entourent; dans quelques cas, et surtout dans les affections hystériques épidémiques, les convulsions sont remplacées par des mouvements musculaires d'une vélocité et d'une agilité prodigieuses; les malades bondissent à des distances incroyables, franchissent des murs, grimpent aux arbres et donnent lieu, par ce spectacle étrange qui frappe l'imagination, aux récits les plus extravagants. Les convulsions occupent non-seulement les muscles de la vie de relation, mais encore les muscles de la vie organique; le cœur bat violemment, l'intestin, contracté partiellement et distendu par des gaz, se meut sous la pression de la main, et donne la sensation d'une tumeur dure et mobile, que les anciens croyaient être l'utérus exécutant des mouvements d'ascension dans l'abdomen; les sphincters eux-mêmes sont fortement contractés.

Tantôt ces mouvements convulsifs occupent tous les muscles du corps à la fois, tantôt ils alternent pour ainsi dire et envahissent successivement chaque appareil. Au bout de quelques minutes, on les voit peu à peu diminuer d'intensité, le calme succède à l'agitation, la respiration devient plus régulière; la crise se termine habituellement par des sanglots, un écoulement abondant de larmes, l'émission abondante d'une urine claire et limpide comme de l'eau de roche, et souvent aussi par des éructations gazeuses qui amènent la disparition de la tympanite et du ballonnement de la région épigastrique.

La perte de connaissance est loin d'être constante dans l'attaque convulsive hystérique que nous venons de décrire.

Sur 300 femmes atteintes de convulsions, M. Briquet en a trouvé 30, c'est-à-dire 1 sur 10, chez qui la connaissance s'était conservée pendant l'attaque. Ces malades voient, entendent et comprennent tout ce qui se passe autour d'elles pendant l'attaque. Une fois revenues à elles, elles peuvent rendre compte non-seulement de toutes les paroles qui ont été dites, de tous les soins qui leur ont été donnés, mais encore de leurs propres impressions, impressions toujours fort pénibles et qui consistent en de violentes douleurs siégeant à la tête, à l'épigastre et dans les membres convulsés; chez les autres, la perte de connaissance succède très promptement au sentiment de strangulation, elle s'accompagne d'une abolition complète de la sensibilité, et une fois l'accès terminé, les malades n'ont plus aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il faut savoir tenir compte de toutes ces variétés lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic différentiel de l'accès d'hystérie et de l'accès d'épilepsie.

2° Attaques de formes variables : spasmes, syncope, coma, catalepsie.

Les attaques convulsives constituent la manifestation la plus saillante et la plus élevée de l'affection hystérique; mais à côté de cette forme il en est d'autres assez importantes pour mériter d'être signalées.

Ainsi les attaques de *spasmes* sont pour ainsi dire une attaque convulsive avortée : après quelques prodromes, la malade éprouve de la douleur et de l'anxiété à la région épigastrique; surviennent bientôt des palpitations, des mouvements convulsifs et précipités des muscles respiratoires, la sensation douloureuse d'un globe qui monte vers la gorge, de la strangulation et quelques mouvements involontaires des membres. Cet état peut durer quelques minutes ou quelques heures; il se termine par des sanglots, des pleurs, une évacuation abondante d'urine claire et limpide, de la céphalalgie et de la courbature.

La forme *syncopale* est plus rare ; à la suite d'une émotion morale ou d'une cause occasionnelle quelconque, on voit survenir des syncopes précédées de vertiges, de constriction à l'épigastre et à la gorge, de faiblesse du pouls. Ces attaques syncopales peuvent se prolonger assez longtemps et se distinguent facilement de la mort apparente.

Les attaques de *coma* sont précédées des mêmes symptômes précurseurs que les autres ; à peine la constriction à l'épigastre et à la gorge s'est-elle fait sentir, que les malades s'endorment d'un sommeil comateux, d'ailleurs calme et tranquille, qui se prolonge pendant des heures et des journées entières. J'ai vu une fois cette léthargie durer plus de trois jours. C'est au coma hystérique qu'il faut rapporter la plupart des faits de mort apparente dont les auteurs rapportent l'histoire le plus souvent exagérée et amplifiée.

L'état *cataleptique* s'observe quelquefois sous forme d'attaque chez les hystériques. On sait que la catalepsie est une névrose consistant dans l'abolition momentanée du mouvement et de la volonté, avec persistance des contractions musculaires dans les membres, qui restent fixes et immobiles dans chacune des positions qu'on leur fait prendre. Ce dernier symptôme caractéristique se retrouve dans certaines formes d'attaques hystériques, auxquelles il donne une physionomie spéciale. Après quelques prodromes, la figure rougit, tout le corps devient roide, et les malades, qu'elles aient conservé ou non leur connaissance, sont dans l'impossibilité d'exécuter un seul mouvement ; mais elles gardent indéfiniment la position qu'on leur donne, quelque pénible et gênante qu'elle puisse être. L'attaque cataleptique dure rarement plus d'une demi-heure, et par elle-même elle n'offre aucune gravité.

§ 5. — Des troubles intellectuels dans l'hystérie.

Nous ne faisons que mentionner les hyperesthésies et les anesthésies de la peau, des muqueuses, des organes des sens, des viscères ; les perversions de la sensibilité, les contractures, les paralysies partielles ou générales, symptômes plus fixes, plus durables que ceux que nous venons d'étudier, et qui persistent même pendant l'intervalle des attaques, pour accorder une attention plus spéciale aux modifications intellectuelles qui sont liées à l'existence de l'hystérie.

Nous étudierons successivement :

1° Les modifications du caractère et de l'intelligence qui se produisent à la longue chez les hystériques, en dehors de la folie;

2° Le délire passager qui éclate pendant la durée de l'accès convulsif;

3° La manie, la mélancolie et les délires partiels qui, se développant chez des sujets hystériques, empruntent quelque chose de spécial à la névrose à laquelle ils se surajoutent, mais sont tout à fait indépendants de l'accès convulsif.

1° Modifications du caractère et de l'intelligence.

« Lorsque les attaques sont rares, dit Georget (1), et que l'affection n'est pas ancienne, les sujets hystériques peuvent offrir les apparences de la plus brillante santé... Cependant presque tous sont nerveux, mobiles, très susceptibles, d'une imagination vive, faciles à s'inquiéter pour les plus légers motifs, impatients, irascibles, entêtés, opiniâtres. Les sens sont très irritables : une lumière trop vive, certains sons, certaines odeurs, les variations de température, l'atmosphère chargée d'électricité, les affectent vivement; les occupations

(1) Georget, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XVI, art. HYSTÉRIE.

un peu sérieuses les fatiguent beaucoup, leur causent des maux de tête. Chez eux le sommeil est rarement profond et continu; souvent il est difficile ou impossible, incomplet, troublé par des rêves pénibles, interrompu par des réveils en sursaut. La plupart sont habituellement mélancoliques, solitaires, portés aux idées noires, quelquefois avec désir vague de suicide; quelques-uns sont d'une gaieté extrême, et rient sans cesse pour des causes légères, ou sans savoir pourquoi : d'autres sont tourmentés par des envies de pleurer. On observe aussi chez ces malades des migraines, des serrements de gosier, des besoins de respirer qui nécessitent plusieurs profondes inspirations de suite, des palpitations, des étouffements, des gastralgies, de la constipation. Le flux menstruel est quelquefois irrégulier, ou bien, s'il vient chaque mois, il est difficile, de courte durée, et s'accompagne de maux de tête, de malaise, de changements dans le caractère..... »

A cette description d'une grande vérité, bien que plusieurs de ses traits soient principalement applicables à l'état nerveux, ajoutons cette tendance des hystériques à inventer des histoires romanesques et extravagantes combinées avec un art parfait, leurs désirs fougueux et irrésistibles qui ne reculent devant rien, la facilité avec laquelle elles se laissent aller à des actes excentriques, enfin les idées érotiques qui viennent souvent compliquer la maladie première et deviennent le point de départ de passions inexplicables.

2° Délire survenant au moment de l'accès convulsif.

Pendant l'accès convulsif lui-même, les malades sont souvent prises d'un délire que M. Briquet (1) a comparé, non sans raison, à celui qui est déterminé par l'emploi du chloroforme ; « il est, dit cet auteur, toujours bruyant, très agité,

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 363.

et rarement incohérent. Il a généralement rapport, soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée : il faut le considérer comme une sorte de rêve. Quelquefois la vitalité de l'encéphale est tellement exaltée, que les facultés intellectuelles et les facultés sensoriales prennent une activité surprenante. Ainsi, dans quelques cas, les malades se servent d'un langage beaucoup plus distingué que celui dont elles usent d'habitude; on en a vu qui faisaient des vers.» Le délire signalé par tous ces caractères se rapproche notablement de l'excitation maniaque.

M. Landouzy a fait observer que les hallucinations, les illusions et la perversion des sens se rencontrent quelquefois pendant la durée même de l'accès; parmi les malades, les unes aperçoivent sans cesse, au moment même de la crise, l'objet qui a causé leur première frayeur; les autres accusent les sensations les plus extraordinaires, se plaignent de cordes qui leur compriment les membres, de bêtes qui leur rongent les os. Ces divers troubles intellectuels n'ont qu'une durée passagère et disparaissent avec les mouvements convulsifs.

3° De la folie hystérique et de ses variétés.

La *manie hystérique*, à côté des symptômes fondamentaux qui constituent l'état maniaque et que nous avons précédemment décrits, offre quelques nuances spéciales résultant de l'association de la manie à l'hystérie. — Ainsi, l'agitation des malades, sans arriver jusqu'à la fureur, est caractérisée par un besoin incessant de mouvement et d'activité, par une tendance très marquée à briser, à déchirer, à déplacer tous les objets qu'elles peuvent atteindre. Les sujets se plaignent d'anxiété respiratoire, et au milieu même des paroxysmes d'agitation, présentent des accès convulsifs complets qui ne font qu'aggraver les perturbations intellectuelles. Dans les

moments de calme, l'impressionnabilité est portée à un haut degré, et le délire érotique, sans être constant, se présente avec une grande fréquence. Les jeunes filles, même les plus réservées, se prennent de passion pour leur médecin, pour le premier individu qu'elles aperçoivent; le son de la voix, le bruit des pas d'un homme, les jettent dans une excitation inexprimable; leurs préoccupations délirantes roulent sur des idées de mariage; elles ont l'œil humide et noyé, les allures provoquantes, et offrent un singulier mélange de retenue et de passion; souvent il leur arrive de parler de leur mari, de leurs enfants, ou bien de se croire enceintes et sur le point d'accoucher.

A part ces nuances symptomatiques, parmi lesquelles l'accès convulsif seul est caractéristique, la manie hystérique présente la même marche et la même terminaison que l'accès de manie ordinaire. J'ai vu dans plusieurs cas la guérison s'opérer avec une grande netteté, mais souvent aussi l'agitation ne cesse que pour faire place à des symptômes nerveux protéiformes dans lesquels l'intelligence reste plus ou moins gravement compromise.

Le *délire général mélancolique* est rare, mais ce qui est infiniment plus commun, c'est le *délire partiel* avec ou sans *hallucinations*. Certaines malades ont des troubles du goût et de l'odorat, sont poursuivies par des idées d'empoisonnement, et en arrivent envers ceux qui les entourent à des sentiments de haine et de vengeance. D'autres sont tourmentées par des scrupules, s'accusent de crimes qu'elles n'ont pas commis et forment des projets de suicide. Tous ces états sont susceptibles de guérison et sont remarquables en général par leur mobilité.

Il n'en est pas de même du délire *hypochondriaque* lorsqu'il vient compliquer l'hystérie. Cette association de l'hystérie et de l'hypochondrie est toujours assez grave au point de vue du pronostic, et indique une lésion profonde du

système nerveux. Elle est loin d'être fréquente : si dans les ouvrages de Sydenham on trouve une confusion incessante entre l'hystérie et l'hypochondrie, c'est que ce médecin éminent décrivait sous le nom d'hypochondrie et la nosomanie et l'état nerveux que nous avons désigné sous le nom de mal hypochondriaque. La même confusion se retrouve dans F. Hoffmann, dans Louyer-Villermay qui rattachent à l'hypochondrie des phénomènes généraux tenant à la surexcitation nerveuse, mais différant totalement du délire hypochondriaque. Or, si ces phénomènes de surexcitation nerveuse se retrouvent souvent associés à l'hystérie, il n'en est plus de même de l'hypochondrie délirante, puisque M. Landouzy dit n'avoir jamais rencontré cet état associé à l'hystérie, et que, d'après les observations de M. Briquet, il y a tout au plus une hystérique sur cent qui ait été nosomane, et encore même l'hystérie s'était-elle développée postérieurement à la monomanie. Bien plus, ce dernier auteur fait remarquer que les hystériques s'inquiètent en général fort peu de leur santé : « J'ai vu, dit-il, des hystériques avec anesthésie et faiblesse des membres telle que cela équivalait à une paralysie soit partielle, soit générale, d'une durée de plusieurs mois, ne pas même penser à la manière dont leur maladie se terminerait. »

L'hypochondrie délirante n'offre chez les hystériques aucun caractère remarquable ; on retrouve chez ces malades d'incessantes préoccupations sur leur état ; elles se plaignent de toutes sortes de souffrances et de sensations pénibles, tout à fait différentes des malaises ordinaires de l'hystérie ; elles sont à la recherche des médicaments nouveaux, changent à chaque instant d'hôpital et de médecin et présentent en un mot tout l'ensemble symptomatique que nous avons décrit à propos de la nosomanie.

Les *hallucinations* chez les hystériques aliénées sont assez communes : sur 14 cas de folie hystérique, 9 étaient accom-

pagnés d'hallucinations et d'illusions (1); sur ce chiffre, 6 femmes, jeunes ou vieilles, se croyaient entourées d'hommes qui voulaient cohabiter avec elles et les provoquaient. Une de ces malades était persuadée qu'elle était suivie en tous lieux par un avocat qui ne lui avait jamais parlé. Il l'avait fait divorcer et voulait se marier avec elle. Quelques hallucinées accusaient des ardeurs extrêmes dans les parties sexuelles, et faisaient de leurs rêves les peintures les plus voluptueuses.

A côté de ces formes délirantes, on observe assez souvent chez les hystériques des troubles psychiques isolés, des *hallucinations*, des *impulsions irrésistibles*.

Ainsi l'on voit persister, après des accès de folie, des *hallucinations isolées*, compatibles avec l'état de raison, et qui peuvent exister pendant un temps assez long sans amener aucun acte insensé. Une jeune hystérique que j'ai soignée, convalescente d'un accès maniaque intense, conserva pendant plus de deux mois après la cessation du délire, une hallucination de la vue qui avait pris naissance au milieu même du paroxysme : elle voyait incessamment devant elle la figure de la mort, et cette apparition, dont elle reconnaissait parfaitement la nature, la jetait dans un trouble et un malaise moral insurmontables.

Les *impulsions irrésistibles* des hystériques sont loin d'avoir le caractère violent et dangereux des impulsions des épileptiques. Elles consistent plutôt en une tendance anxieuse et instinctive à commettre des actes extravagants ou ridicules. Itard (2) cite le fait d'une dame qui, au milieu d'une conversation qui l'intéresse vivement, tout à coup, sans pouvoir s'en empêcher, interrompt ce qu'elle dit ou ce qu'elle écoute, par des cris bizarres et par des mots encore plus extraordinaires, qui font un contraste déplorable avec

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, p. 218.

(2) *Lésions des mouvements volontaires* (*Archives de médecine*, 1825).

son aspect et ses manières distinguées. Ces mots sont pour la plupart des jurements grossiers, des épithètes obscènes, et, ce qui n'est pas moins embarrassant pour elle que pour les auditeurs, l'expression toute crue des jugements ou des opinions peu favorables qu'elle se fait de quelques-unes des personnes de la société. M. Briquet rapporte le fait d'une demoiselle hystérique fort pieuse, hallucinée, entendant des voix dans les diverses parties de son corps, et qui assez fréquemment et toujours involontairement, puisqu'elle en est elle-même scandalisée, laisse échapper des injures contre la Divinité (1). Dans ces observations et dans les observations analogues, il y a plus qu'un simple spasme musculaire, quoiqu'en aient dit quelques auteurs.

On voit encore des hystériques qui, sans être complétement aliénées, sentent un besoin irrésistible de parler, de faire de grands éclats de voix, de tout bouleverser autour d'elles, de briser les objets qui leur tombent sous la main, et cela tout en comprenant combien une pareille conduite est absurde et déplorable : elles sentent en elles quelque chose qui les pousse malgré leur volonté, et dont il faut savoir tenir compte, sinon comme excuse, du moins comme atténuation, dans l'appréciation médico-légale de leurs actions.

Quant à la *démence*, elle peut survenir comme suite éloignée des troubles intellectuels développés chez les hystériques, mais jamais elle n'est la conséquence directe de l'hystérie et de ses accès convulsifs; jamais non plus la paralysie générale n'a été observée comme terminaison ultime de cette névrose convulsive. Sans doute des accès convulsifs répétés amènent à la longue quelques altérations dans l'intelligence, la mémoire est moins sûre et moins fidèle, il y a moins d'aptitude au travail et de liberté dans l'esprit, mais de là à la démence, il y a loin encore; sous ce rapport une

(1) Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 321.

différence considérable sépare l'hystérie de l'épilepsie, et la cause en a été cherchée dans les particularités mêmes qui caractérisent les accès convulsifs. Dans l'accès hystérique, a-t-on dit, l'afflux sanguin vers la tête est moins considérable et la circulation cérébrale est moins profondément modifiée : dans l'accès épileptique les alternatives de pâleur et de rougeur, l'injection livide des traits pendant la période tétanique, indiquent une pléthore locale qui peut favoriser le développement ultérieur des lésions organiques. Cette explication, malgré ce qu'elle a de vraisemblable, est loin de résoudre la question, et l'on se demande encore avec Esquirol comment il se fait que les convulsions hystériques qui sont si intenses, qui persistent pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours, ne jettent pas dans la démence comme les accès épileptiques et surtout comme les vertiges (1).

Enfin la folie hystérique, lorsqu'elle se développe dans une grande réunion de sujets, au milieu d'imaginations ardentes, exaltées par le jeûne, le mysticisme, et promptes à s'impressionner, devient facilement *épidémique* et offre alors une association étrange et irrégulière de toutes les névroses de l'intelligence et du mouvement, au milieu de laquelle cependant les phénomènes hystériques tiennent une place importante. Il suffit de parcourir le livre de M. Calmeil (2) pour se faire une idée de ces épidémies extraordinaires qui ont régné de tout temps, et se sont prolongées jusqu'à l'époque moderne, après avoir sévi au moyen âge avec une intensité peu commune. Les convulsions hystériques, les hallucinations, les idées délirantes relatives à la possession diabolique, l'extase, la catalepsie, se propageaient par imitation d'un sujet

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. I^er^, p. 289.

(2) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 1845.

à un autre, et envahissaient des couvents, des monastères, des populations entières, qui présentaient aux yeux étonnés des théologiens et des juristes les spectacles les plus étranges, auxquels ne manquaient pas les explications surnaturelles. Nous ne saurions, sans sortir des limites de ce travail, donner même une simple indication de ces diverses épidémies. Rappelons seulement la démonopathie avec accidents hystériformes des moinesses de Cambrai (1491), l'hystéro-démonopathie des religieuses d'Uvertet, de Brigitte, des filles de Nazareth, des juives converties à Rome, des orphelins d'Amsterdam (1550-1563) ; l'hystéro-démonopathie des filles de Sainte-Ursule à Aix, qui accusèrent le curé Gaufridi du crime de sorcellerie et le firent condamner au feu (1611). En 1642, les religieuses de Louviers stimulées par le zèle ardent et la piété mystique et contemplative du curé Picard, s'exténuèrent par des jeûnes excessifs et bientôt furent prises de convulsions, de transports de fureur, et de démonopathie. Le curé Picard, mort sur ces entrefaites, fut accusé de magie, de sacrilége, et son corps fut brûlé en place publique.

Chez les ursulines de Loudun (1632), l'épidémie commença par des hallucinations suivies bientôt d'idées de possession et des convulsions les plus étranges : telle religieuse, couchée sur le ventre, les bras tordus sur le dos, les jambes relevées vers l'occiput, défie de la sorte le prêtre qui la poursuit avec le saint-sacrement. Telle autre, courbée en arrière, pliée en double, affecte de marcher la nuque posée sur les talons. Quant à leurs cris, ajoute un témoin oculaire, c'étaient des hurlements de damnés, de loups enragés, de bêtes horribles. Il n'y avait rien en cela, non plus que dans tout le reste, qui fût humain... Chez toutes, les exorcismes développaient des convulsions hystériques, de la catalepsie et des scènes de somnambulisme. On connaît l'histoire du curé Urbain Grandier qui, accusé par ces aliénées d'avoir

attiré le démon dans leur corps, finit par succomber après une procédure dont la lecture révolte le bon sens et soulève l'indignation.

De 1731 à 1732, on vit se produire dans le cimetière de Saint-Médard, sur le tombeau du diacre Pâris, janséniste qui venait de succomber aux austérités d'une pénitence meurtrière, les phénomènes les plus étranges. Au début, il suffisait de toucher la pierre du tombeau pour obtenir des guérisons miraculeuses; bientôt des accidents convulsifs se manifestèrent chez les patients, et l'on vit le sol du cimetière disputé par une multitude de filles, de femmes, d'infirmes, qui se débattaient dans des convulsions; aux convulsions succédèrent des hallucinations, des accès d'extase et de catalepsie et une partie des accidents propres à la démonopathie. Obsédés par des idées religieuses, les sujets se livraient à des jeûnes prolongés, à des mortifications de toute nature qui exaltaient encore chez eux la surexcitation nerveuse. On les vit, surtout les femmes, se soumettre, comme par inspiration, à des supplices de toute nature, afin de prouver que le Tout-Puissant pouvait les rendre invulnérables et impassibles : elles se heurtaient la tête contre les murs, se faisaient écarteler par des hommes vigoureux sans manifester aucune douleur; quelques-unes se couchaient sur le dos, se couvraient la poitrine d'une planche et supportaient le poids de toutes les personnes qui voulaient bien y monter. On a vu, dit un témoin oculaire, plus de vingt hommes rassemblés tous à la fois sur cette planche, cependant non-seulement la convulsionnaire n'était pas oppressée, mais souvent elle ne trouvait pas que cela fût encore assez pesant pour faire cesser le gonflement qu'elle ressentait dans les muscles. Quelques-unes se faisaient frapper avec des pavés, avec des chenets en fonte, avec des bûches, et témoignaient le contentement qu'elles éprouvaient, en suppliant de redoubler les coups. Il fallut, pour mettre fin à tous ces

scandales, faire fermer le cimetière de Saint-Médard et disperser à la Bastille, à Bicêtre, et dans beaucoup d'autres lieux de dépôt, les convulsionnaires les plus renommés.

Ces diverses épidémies nerveuses sont devenues plus rares et ont pris moins d'extension à mesure que les populations, éclairées par une éducation plus rationnelle, mieux dirigées dans leurs aspirations religieuses, ont offert moins de tendance aux croyances superstitieuses et surnaturelles. Il ne faut pas oublier toutefois que l'esprit humain reste le même à travers toutes les générations, et que les bienfaits de la civilisation et des lumières restent impuissants en présence des faiblesses de notre organisation. De temps à autre, même de nos jours, nous voyons se reproduire des affections nerveuses épidémiques en tout semblables à celles dont le moyen âge nous a transmis l'histoire. En 1848, la maison des détenues du Bon-Pasteur, à Amiens, vit éclater, non-seulement parmi les condamnées, mais encore parmi les religieuses et les infirmières, des phénomènes nerveux insolites consistant en troubles notables de la mémoire et de l'intelligence, délires de formes variées, symptômes d'extase et de catalepsie, douleurs violentes à l'épigastre et au sommet de la tête. A Josselin, en Bretagne, régnait, il y a peu d'années une épidémie de convulsions hystériques. Vers la même époque, les journaux politiques rapportaient avec quelques détails l'histoire d'une affection nerveuse épidémique sévissant en Suède sur les enfants de toute une localité et s'accompagnant d'accès d'extase et de convulsions; les sujets, au milieu de leurs hallucinations, racontaient qu'ils étaient possédés du diable et qu'ils assistaient chaque nuit aux scènes du sabbat. Enfin j'ai vu moi-même à Bonneville, en Savoie, des possédés venant de Morzine, où une épidémie de démonomanie, décrite par M. Arthaud dans la *Gazette médicale de Lyon*, règne depuis plusieurs années et se dissipe à peine en ce moment, sous l'influence de la dis-

persion des malades dans toutes les localités voisines. Les femmes que j'ai interrogées pendant leur convalescence, m'ont raconté que chez elles les convulsions débutaient par une ardeur douloureuse à l'épigastre, que la vue d'un prêtre, d'un signe religieux, suffisait pour occasionner des crises violentes, qu'elles étaient convaincues que le diable s'était logé en elles. A ces récits exacts se mêlaient, comme il arrive toujours en pareil cas, des narrations fantastiques, s'expliquant ou par des hallucinations ou par l'état exalté de ces imaginations frappées de terreur : elles avaient entendu dire que des possédés pouvaient grimper sans aucune aide le long des maisons, qu'un enfant de six mois avait parlé et prophétisé. Des traits analogues se retrouvent dans l'histoire de toutes les épidémies de démonomaniaques.

Que dire enfin des tables tournantes, des spiritistes, et de toutes ces ineptes fantaisies qui trouvent toujours des charlatans pour les exploiter, et des esprits crédules pour les accepter avec ardeur? Sachons rester modestes, même en présence des énormités du moyen âge, et n'oublions pas qu'en tout temps et en tout lieu, la raison et le bon sens sont soumis à d'outrageuses violations.

§ 6. — Traitement.

On donnera aux hystériques une vie calme, occupée, régulière, exempte autant que possible d'émotions morales. Le mariage qu'on leur conseillait autrefois d'une manière banale ne fait qu'aggraver encore la prédisposition aux troubles nerveux, soit par les préoccupations qu'il amène, soit par les grossesses, les accouchements, les allaitements qui sont tout autant de périodes dangereuses à traverser pour les sujets impressionnables ou ayant des antécédents héréditaires fâcheux. Par un examen clinique attentif on recherchera si chez ces malades il existe de l'anémie, de la pléthore ou quelque affection locale éloignée sous l'in-

fluence de laquelle la maladie ait pu se développer sympathiquement. Autant l'anémie est fréquente et nécessite comme traitement fondamental l'emploi des toniques et des ferrugineux, autant il est rare de procurer un soulagement durable à l'aide des émissions sanguines; cependant dans les cas où la menstruation fait défaut, où l'hystérie est essentielle, et se rencontre chez des femmes brunes, colorées et sanguines, des sangsues, des ventouses scarifiées ont diminué la violence des accès convulsifs et du délire.

A côté de cette médication générale, signalons les moyens destinés à agir directement sur l'élément nerveux : parmi eux les bains tièdes et les bains frais prolongés tiennent une place importante, il en est de même des pratiques hydrothérapiques employées avec prudence : aucun moyen n'exerce une action sédative plus puissante sous quelque forme que l'hystérie se présente, et l'on peut sans crainte les conseiller dans la grande majorité des cas.

L'opium rend à lui seul plus de services que tous les antispasmodiques dans le traitement de l'hystérie : employé à dose continue et progressivement croissante, depuis 5 centigrammes jusqu'à 30 et 40 centigrammes d'extrait thébaïque donnés chaque jour, il émousse la sensibilité nerveuse et améliore d'une manière générale tout l'ensemble symptomatique de la maladie, les malades le supportent bien et éprouvent seulement, lorsqu'on donne des doses trop élevées, des nausées et de la constipation, accidents auxquels il est toujours facile de remédier.

Quand les attaques convulsives deviennent pénibles par leur fréquence et leur durée, on essaye de les suspendre en exposant les malades au grand air, en leur projetant de l'eau froide à la figure, en leur faisant respirer de l'éther. Un moyen beaucoup plus efficace consiste à faire avaler de gré ou de force deux ou trois verres d'eau fraîche : les premières gorgées semblent augmenter l'état de spasme et sont quel-

quefois rejetées; mais bientôt la contraction cède à une nouvelle quantité de liquide subitement ingéré, la déglutition s'opère et l'attaque cesse. Sans parler des moyens au moins bizarres vantés par la médecine antique, on a encore préconisé la compression abdominale, l'application subite d'un corps froid à l'épigastre, les révulsifs, la ligature des membres, la titillation de la luette et des fosses nasales. Mais dans les attaques convulsives d'hystérie et d'hystéro-épilepsie qui, par leur violence et leur incessante répétition, semblent devoir compromettre la vie des malades, rien n'égale l'efficacité des vapeurs de chloroforme; il m'est arrivé plusieurs fois d'arrêter instantanément les plus violentes convulsions à l'aide de ce moyen qui, d'après M. Briquet, réussirait neuf fois sur dix.

Les diverses formes de folie qui peuvent s'associer à l'hystérie ne réclament pas d'autre traitement que celui que nous avons indiqué en traitant de la pathologie spéciale; tout au plus nécessitent-elles un usage plus fréquent des antispasmodiques, comme l'éther, la valériane, le chloroforme qui exercent une certaine action sur l'activité infatigable de ces malades, et contribuent à modérer leur agitation.

Quelle que soit d'ailleurs la forme de vésanie, l'isolement est une des premières indications à remplir. Les hystériques avec leur nature impressionnable, avec leurs antipathies et leurs affections désordonnées, éprouvent toujours un grand bien-être lorsqu'on les enlève à leur milieu habituel pour leur donner la solitude et le calme.

Lorsque la folie hystérique se présente sous la forme épidémique, il importe d'arrêter à tout prix la marche envahissante de la maladie : on a vu dans des cas de ce genre une intimidation salutaire couper court à tous les accidents. Boerhaave arrêta une épidémie de convulsions qui s'était développée dans un pensionnat de jeunes filles, à Leyde, en

menaçant de faire fouetter en public la première qui viendrait à tomber. Les filles d'un couvent où régnait une épidémie hystérique avec délire et miaulement, se calmèrent sitôt qu'on leur eut persuadé qu'il y avait à la porte du couvent, par ordre des magistrats, une compagnie de soldats pour les fouetter, dès qu'elles miauleraient.

Lorsque les épidémies prennent des proportions considérables et sévissent sur une population entière, il ne faut pas hésiter à séparer les malades de la population saine, afin de couper court à toute contagion, et même à disséminer et à isoler dans les localités environnantes tous ceux qui présentent des phénomènes nerveux; car, agglomérés en un seul point, ils deviendraient les uns pour les autres une cause de surexcitation mutuelle. On comprend sans peine combien l'exécution de cette mesure doit rencontrer de difficultés dans la pratique, mais le médecin doit savoir agir avec énergie dans les circonstances de ce genre, qui nécessitent d'ailleurs presque toujours l'intervention de l'autorité.

CHAPITRE IV.

DE LA CHORÉE OU DANSE DE SAINT-GUY, AU POINT DE VUE DE L'ÉTAT MENTAL.

Historique. — De l'immunité que présentent certains choréiques quant aux troubles intellectuels. — Des troubles intellectuels de la chorée : modifications de la sensibilité morale et de l'intelligence; hallucinations; délire maniaque. — Traitement.

L'histoire de la chorée s'éloigne trop du cadre de cet ouvrage pour que nous puissions songer à la tracer d'une manière complète. Laissant de côté tout ce qui concerne la description, la marche, la durée et le traitement de cette affection,

nous indiquerons seulement les troubles intellectuels qui peuvent l'accompagner, troubles intellectuels qui offrent des nuances infinies, depuis la disposition morale la moins accentuée jusqu'à la mélancolie et à l'hébétude, depuis l'hallucinée isolée jusqu'au délire complet; et ici, bien entendu, il s'agit des cas de chorée vulgaire, de la danse de Saint-Guy, et non de ces chorées épidémiques du moyen âge, véritables névroses intellectuelles que Hecker (1) a confondues dans sa description, et qui sont maintenant, et avec tant deraison, rangées parmi les maladies mentales.

§ 1er. — Historique.

Sydenham qui, le premier, traça en quelques lignes une description fidèle de la danse de Saint-Guy, n'a observé chez ses malades aucun désordre cérébral, et l'analogie très éloignée qu'il établit entre les choréiques et les aliénés est uniquement fondée sur la singularité des mouvements de la jambe que le malade traîne après lui à la manière des insensés (*morbus prodit se claudicatione alterutrius cruris, quod æger post se trahit fatuorum more*) (2).

Cullen est sur ce point plus explicite : dans la chorée, dit-il, l'esprit est souvent affecté de quelque degré de fatuité, et offre fréquemment les mêmes émotions passagères, variées et déraisonnables, que l'on observe dans l'affection hystérique (3).

P. Frank (4) parle des troubles de la mémoire qui accompagnent la chorée : il dit, mais sans ajouter aucun détail, que la maladie peut se terminer par la folie.

J. Frank (5) admet également le délire comme une com-

(1) *Annales d'hygiène publique.* Paris, 1834, t. XII, p. 313.

(2) Sydenham, *Processus in morbis omnibus curandis; de chorea sancti Viti.*

(3) Cullen, *loc. cit.*, t. II, p. 366.

(4) J.-P. Frank, *Médecine pratique*, Paris, 1842, t. II, p. 526.

(5) J. Frank, *Pathol. interne*, t. III, p. 328.

plication de la chorée, et le docteur Bernt consacre quelques lignes à ce qu'il appelle *chorea insaniens* (1).

D'après Bouteille (2), un idiotisme léger, il est vrai, mais cependant assez remarquable pour effrayer les parents sur la nature et les suites de l'affection de leur jeune malade, est un des symptômes spécifiques de la chorée essentielle ; je l'ai observé chez les nombreux malades que j'ai traités.... On trouve ce caractère tracé dans une dissertation du docteur Jean Ewart : *Plerique sunt quodam modo fatui, vel si judicii vis valeat, memoria deficit.*

Dans la chorée, dit M. Blache (3), au trouble de la motilité, se joint un trouble aussi remarquable de la sensibilité morale. La plupart des malades sont très susceptibles, capricieux, irascibles ; ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises. Georget dit même qu'il existe parfois un premier degré d'imbécillité.

J'ai moi-même essayé de compléter ces indications vagues et dépourvues de précision à l'aide d'un grand nombre d'observations de chorée, prises spécialement au point de vue de l'état mental des sujets. Bien que les résultats de ces recherches aient été consignés déjà dans un autre travail (4), je crois pouvoir les reproduire ici presque textuellement.

§ 2. — De l'immunité que présentent certains choréiques quant aux troubles intellectuels.

Il est tout d'abord un point qui m'a frappé et qu'il est important de faire ressortir, c'est l'immunité complète qu'offrent un grand nombre de choréiques sous le rapport des désordres cérébraux : sur 57 choréiques, j'en ai trouvé 21 qui n'ont jamais offert la moindre perturbation dans leur

(1) Bernt, *Monographia chorea sancti Viti*, Prague, 1810, p. 21.
(2) Bouteille, *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*, p. 82.
(3) Blache, art. CHORÉE, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes.
(4) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XXIV. Paris, 1860.

état moral et intellectuel. Cette proportion est considérable, et c'est inutilement que j'ai cherché dans le sexe et l'âge des sujets, dans l'intensité et l'étendue des mouvements choréiques, dans l'acuité ou la chronicité de la maladie, la cause probable de cette immunité.

Ce n'est pas, en effet, le *sexe* qui exerce une réelle influence, puisque sur 21 cas de chorée sans trouble intellectuel, j'ai rencontré 9 sujets du sexe masculin et 12 du sexe féminin, proportion qui devient au moins égale, en raison de la fréquence plus grande de la chorée chez la femme.

L'*âge* n'a pas non plus une grande importance, car, en comparant mes observations, je vois que les malades exempts de troubles cérébraux offrent indifféremment tous les âges intermédiaires entre huit et quarante-cinq ans.

Devons-nous attacher une plus grande valeur à l'*intensité et à l'étendue des mouvements choréiques*? Je n'ose le croire, car, parmi les malades observés, il en est chez lesquels la chorée était générale, tandis que d'autres avaient une hémichorée ou même des convulsions beaucoup plus limitées. Cependant je dois faire remarquer qu'en général les choréiques dont l'intelligence est restée parfaitement intacte, ont en même temps l'articulation des mots facile. C'est là une coïncidence qui n'est pas constante, mais qui me paraît digne d'être soumise à un examen ultérieur.

Enfin l'*acuité* ou la *chronicité* de la maladie n'exerce pas même l'influence que tout d'abord on serait disposé à leur accorder. A côté de malades dont la chorée n'a pas dépassé un mois ou six semaines, et qui ont guéri sans avoir offert la moindre perturbation morale ou intellectuelle, j'en ai rencontré d'autres qui en étaient à une rechute, ou qui, atteints depuis dix, vingt ou même trente ans, étaient très probablement incurables; tous conservaient néanmoins leurs facultés intellectuelles dans une complète intégrité ; j'ai même été frappé du contraste qui existait entre l'intensité

des mouvements choréiques et la lucidité parfaite de l'intelligence. C'est donc par erreur que chaque jour on répète que la chorée chronique amène nécessairement avec elle de l'affaiblissement intellectuel; ce fait est commun, sans doute, mais on ne saurait le transformer en règle générale sans contredire les résultats de l'observation clinique.

§ 3. — Des troubles intellectuels dans la chorée.

Si, dans un tiers des cas à peu près, la chorée ne s'accompagne d'aucun trouble appréciable de l'intelligence, dans les deux autres tiers les fonctions cérébrales sont évidemment altérées. Tantôt ce sont de simples modifications de la sensibilité morale, de la mémoire et de l'ensemble des facultés intellectuelles, modifications qui ne vont pas jusqu'à l'aliénation mentale; tantôt ce sont des lésions beaucoup plus accentuées, et tout à fait semblables aux éléments pathologiques de la folie, c'est-à-dire des hallucinations, du délire maniaque.

1° *Modifications de la sensibilité morale et de l'intelligence.* — Chez la plupart des choréiques se rencontre cette mobilité nerveuse qui accompagne toutes les névroses; les sujets sont impressionnables, faciles à émouvoir, leur sommeil est léger, ils ont des vertiges, des étouffements et quelques autres symptômes hystériformes; mais ce n'est là que le premier degré d'un état qui peut se révéler par des traits plus saillants. On peut observer, surtout chez les enfants, tantôt une gaieté insolite, un rire niais, qui surviennent à propos des causes les plus futiles; tantôt de la tristesse, de l'abattement, de la tendance aux pleurs, ou bien encore d'incessantes alternatives d'excitation et de dépression.

En même temps le caractère s'altère; les enfants les plus souples, les plus dociles, les plus sympathiques, deviennent irascibles, impatients, disputeurs; ils mentent à tout propos, frappent ceux qui les approchent, et sont ingouvernables.

Les adultes éprouvent, mais à un moindre degré, ces diverses transformations; on les voit devenir extravagants, bizarres dans leurs allures, incapables de supporter la moindre contradiction.

Lorsque la chorée porte sur les muscles phonateurs au point de rendre difficile ou même impossible l'articulation des mots, j'ai remarqué que l'état nerveux en est sensiblement augmenté; les malades, incapables d'exprimer leurs pensées, s'épuisent en efforts superflus, s'impatientent, s'irritent; plus on les presse de questions, plus ils s'animent, et plus aussi l'articulation des sons devient pénible et embarrassée.

Ce changement dans le caractère et dans le moral est un symptôme qui ne manque pas de valeur; il précède quelquefois de deux jours, de huit jours, de quinze jours et même plus l'explosion des mouvements choréiques qui, par leur apparition tardive, viennent expliquer un trouble moral dont la cause était insaisissable; puis, une fois développé, il persiste tant que la chorée dure, et disparaît en général avec elle; dans certains cas exceptionnels la chorée guérit, et le moral reste gravement altérée.

Quant aux troubles de l'*intelligence*, ils n'existent jamais isolément. Toujours, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, ils sont associés, mais dans des proportions inégales, aux modifications de la sensibilité morale que nous venons de décrire.

Ces troubles de l'intelligence consistent principalement dans la diminution de la mémoire et de l'attention; les sujets, même les mieux doués, perdent le souvenir de ce qu'ils ont appris; ils comprennent ce qu'on leur dit, mais n'y pensent plus un instant après; et cela principalement au réveil, car le soir la mémoire reprend encore quelque énergie. Une jeune fille nous disait qu'elle avait oublié la plupart des détails concernant ses connaissances les plus

intimes; une autre nous répétait que, sur trois commissions qu'on lui donnait à faire, elle en oubliait au moins deux.

Lorsqu'on interroge les malades et qu'on essaye de les faire causer longuement, on s'aperçoit qu'ils passent très facilement d'une idée à une autre; ils adressent de nouvelles questions sans même attendre de réponses à celles qu'ils viennent de faire; pour peu qu'on tente de maintenir et de fixer leur attention sur un point donné, ils deviennent rouges, embarrassés, éprouvent des vertiges et un malaise manifeste. Quand cet état est porté à un haut degré, la physionomie, altérée d'ailleurs par les mouvements convulsifs de la chorée, revêt un aspect particulier de niaiserie et d'hébétude qui a fait dire, par une désignation d'ailleurs tout à fait impropre, que ces sujets sont atteints d'idiotisme; le regard, en effet, a perdu de sa précision et de son intelligence, la physionomie ne s'anime plus lorsqu'on l'interroge.

Existe-t-il un état organique du cerveau qui puisse expliquer tous ces phénomènes?

Dans certains cas de chorée très intense, où l'obtusion des idées s'accompagnait même d'un état semi-comateux, j'ai constaté plusieurs fois l'existence d'une congestion cérébrale qui se traduisait par l'ampleur du pouls, la rougeur de la face et des conjonctives, et pouvait d'ailleurs s'expliquer sans peine par l'intensité des convulsions choréiques, et la gêne qu'elles devaient amener dans la circulation cérébrale. Mais, à part ces cas encore rares où une émission sanguine faite à propos améliore très promptement l'état des malades, il n'existe en réalité dans les centres nerveux aucune lésion organique spéciale qui puisse rendre compte de ces divers phénomènes, dont la cause anatomique est tout aussi inconnue que celle de la chorée.

Lorsque les mouvements choréiques deviennent moins

intenses, il est habituel de voir en même temps diminuer les troubles de la sensibilité morale et de l'intelligence; leur disparition est lente, progressive, et le malade ne revient que peu à peu à ses allures ordinaires. Dans l'immense majorité des cas, il retrouve après sa guérison toute l'énergie de ses fonctions intellectuelles; cependant on voit persister, dans quelques cas exceptionnels, un état mental bizarre, difficile à classer dans le cadre des maladies mentales, mais qui peut grandir de façon à attirer l'attention d'une manière à peu près exclusive, tandis qu'au contraire les mouvements choréiques sont si peu prononcés qu'ils échappent presque complétement à une observation superficielle.

2° Arrivons maintenant à l'étude d'une lésion partielle de l'intelligence beaucoup plus accentuée, que l'on rencontre chez les choréiques, soit seule, soit associée à d'autres troubles cérébraux; je veux parler des *hallucinations*.

Ces hallucinations n'affectent pas également tous les sens; le goût, l'odorat, n'ont jamais été atteints chez les malades que nous avons observés; une seule fois nous avons constaté des hallucinations de l'ouïe, et trois fois des hallucinations de la sensibilité tactile. Mais ce sont les hallucinations de la vue qui, par leur fréquence, leur intensité et les caractères spéciaux qu'elles présentent, méritent toute notre attention.

Sur quarante malades, onze présentaient des hallucinations de la vue; sur ce dernier nombre de malades, il en est neuf qui appartenaient au sexe féminin, prédominance remarquable que nous expliquerons bientôt. L'âge a varié entre quatorze et vingt-quatre ans; les hallucinations de la vue font presque complétement défaut dans la chorée de la première enfance, ce qui ne doit pas étonner lorsqu'on sait combien, d'une manière générale, ce symptôme est rare à pareille époque de la vie.

Ces hallucinations de la vue diffèrent d'une manière no-

table de celles qu'on observe chez l'immense majorité des aliénés; elles surviennent non pendant l'état de veille, mais dans cet état intermédiaire à la veille et au sommeil dont nous avons déjà signalé l'influence. Une ou deux fois je les ai vues se produire au matin au moment du réveil, une fois aussi pendant le jour, quand la malade fermait les yeux; mais elles sont infiniment plus fréquentes le soir, dans cet assoupissement qui précède le sommeil. Il n'est pas rare alors de les voir se prolonger pendant l'état de rêve, et cela chez des sujets qui, dans leur état habituel de santé, jouissaient du sommeil le plus calme et ne rêvaient qu'à des époques très éloignées.

Il suffit aux malades de fermer les yeux pour voir autour d'eux des objets effrayants, des fantômes, des figures fantastiques, des têtes de morts, des croix, des cercueils, des cimetières, parfois des sorciers avec tout leur appareil; ou bien encore des animaux, des lions, des loups, des chats, des chiens, qui grimpent sur leur lit, se cachent dans les rideaux, pour reparaître un instant après. Dans certains cas ce sont, au contraire, des figures amies, des parents, qui sont le sujet de ces visions, mais ils apparaissent très malades, à l'agonie, ou dans mille positions pénibles. Lorsque la chorée a éclaté à la suite d'une vive frayeur, souvent l'objet qui a si vivement frappé l'attention détermine la nature de l'hallucination. Une de nos malades, devenue choréique au moment de la mort d'une jeune sœur qu'elle avait vue succomber, avait sans cesse le soir cette vision devant les yeux. Une autre, citée par Bouteille, voyait devant elle le chien noir qui, en l'effrayant, avait déterminé l'explosion de la chorée. Une jeune fille que nous avons observée à l'Hôtel-Dieu, était vivement impressionnée chaque matin par la visite des médecins, et ne pouvait s'endormir le soir sans les voir nettement autour de son lit.

Lorsque les malades ouvrent les yeux, les visions persis-

tent pendant quelque temps encore, et souvent en changeant de forme et d'aspect, puis elles finissent par disparaître et reviennent de nouveau dès que les paupières s'abaissent, pour se reproduire sous forme de rêves, même au milieu d'un profond sommeil. Il en résulte pour les choréiques beaucoup d'inquiétude et d'angoisse ; ils s'endorment avec peine et éprouvent alors un vif sentiment de terreur qui se traduit par des cris, de l'agitation ou des précautions puériles : une de nos malades fermait chaque soir avec soin les rideaux de son lit ; une seconde se cachait sous ses couvertures ; une troisième se plaçait un oreiller devant les yeux pour tenter, mais en vain, de faire disparaître les visions qui l'effrayaient. Lorsque c'est pendant le rêve que les hallucinations surviennent, on voit ces réveils en sursaut, ces cris, ces cauchemars observés depuis longtemps chez les choréiques, mais dont on n'avait pas encore suffisamment cherché le point de départ.

Tous les malades d'ailleurs ont été très explicites sur la description nette et précise de l'hallucination. Ils voyaient, disaient-ils, les objets et les personnes distinctement, corporellement. Si dans le premier moment d'effroi ils appelaient quelqu'un à leur secours, les affirmations de ces personnes ne pouvaient qu'avec peine ébranler leur conviction sur la réalité de ces hallucinations. C'est surtout chez les sujets qui éprouvaient ces accidents pendant l'état de rêve que nous avons dû insister sur la description détaillée de la sensation éprouvée ; or ils distinguaient parfaitement l'hallucination sensorielle de la conception purement intellectuelle qui, à elle seule, constitue un si grand nombre de rêves.

Je n'insiste pas ici sur les hallucinations du toucher qui s'associent parfois aux hallucinations visuelles ; certains malades, non-seulement voient autour d'eux des animaux, mais encore ils les sentent grimper sur leur lit et accusent

très nettement la sensation du contact. Une jeune fille que j'ai observée, m'avoua qu'elle avait éprouvé dans le cours de sa chorée, des hallucinations génitales très caractérisées.

Quant aux hallucinations de l'ouïe, elles sont très rares, et je ne les ai rencontrées qu'une seule fois; c'était chez une jeune fille qui, le soir, entendait la voix de sa sœur, morte depuis peu de jours; elle se levait pour répondre à cet appel, et sa mère pouvait très difficilement la retenir au lit.

Les hallucinations ne s'observent pas à toutes les périodes de la chorée; tantôt c'est un symptôme avant-coureur qui se manifeste plusieurs jours avant l'apparition des mouvements convulsifs; tantôt au contraire, et ces cas sont les plus communs, les hallucinations apparaissent au moment où la maladie convulsive est à son paroxysme, et alors elles sont presque toujours associées à quelques-uns des troubles intellectuels que nous avons décrits précédemment : irritabilité, défaut de mémoire, hébétude. Ce n'est pas là d'ailleurs un symptôme fugitif, il peut persister pendant trois mois, quatre mois et même plus, et dans les récidives se reproduire chaque soir avec la même intensité; sa disparition est un signe d'un pronostic favorable, qui coïncide toujours avec une diminution sensible dans l'étendue et l'intensité des mouvements choréiques; lorsqu'au contraire les visions deviennent plus nombreuses et plus saisissantes, elles peuvent devenir le point de départ d'un véritable délire maniaque.

3° *Délire maniaque.* — Au lieu d'une modification du moral ou de l'intelligence qui ne va pas jusqu'à l'aliénation mentale, au lieu d'hallucinations se présentant comme lésion isolée au milieu d'une intelligence d'ailleurs à peu près intacte, on peut rencontrer, dans certains cas de chorée aiguë, un délire plus général qui se confond intimement avec le délire maniaque; cette complication est assez rare et a été

fort peu étudiée; cependant elle mérite à tous égards d'attirer l'attention, car elle donne à la maladie un cachet spécial et une gravité exceptionnelle.

Ce délire maniaque peut survenir à des périodes très diverses. Parfois il apparaît dès le début de la chorée, et même éclate avec une telle violence qu'il attire tout d'abord l'attention du médecin, et qu'au milieu de l'agitation maniaque, il devient difficile de reconnaître au premier coup d'œil l'aspect spécial des convulsions choréiques.

Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, le délire ne vient compliquer la chorée qu'au bout de huit, dix, quinze jours ou même plus tard. On voit alors les mouvements convulsifs augmenter chaque jour d'étendue et d'intensité; le pouls s'anime et devient fébrile, la sensibilité s'exalte, les idées sont confuses et incohérentes; des hallucinations ne tardent pas à survenir, ou du moins elles redoublent de fréquence et se présentent même pendant le jour, alors qu'au début de la maladie on ne les observait que dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil; en dernier lieu l'agitation maniaque vient se joindre aux mouvements convulsifs de la chorée.

Je n'insiste pas sur certains autres faits dans lesquels le délire ne se développe que peu d'heures avant la mort, c'est alors un symptôme terminal bien différent de ce délire qui par lui-même donne à la chorée un aspect et un pronostic à part.

Deux formes distinctes doivent être admises dans le délire des choréiques : tantôt c'est un délire incohérent pendant lequel les malades, au milieu d'une agitation effrayante, poussent des cris rauques et inarticulés, et laissent échapper des paroles sans suite au milieu desquelles il est impossible de saisir la moindre systématisation délirante; tantôt, au contraire, ce délire se rattache d'une manière intime aux hallucinations que nous avons précédemment décrites et

qui en sont le point de départ; les malades, en proie à leurs visions, se rendent d'abord très bien compte de la nature des impressions qu'ils éprouvent; peu à peu cependant les visions et les voix les obsèdent, leur conviction finit par être ébranlée, toutes les facultés intellectuelles s'exaltent sous l'influence des impressions maladives qui leur sont fournies par les sens, et le délire éclate, entretenu et surexcité à chaque instant par de nouvelles hallucinations autour desquelles viennent se grouper de nouvelles idées délirantes.

De cette association du délire à la chorée aiguë, il résulte un état général des plus graves, analogue au délire aigu. Le pouls s'accélère et dépasse 120 pulsations, la peau devient brûlante, la langue se sèche, il y a du mâchonnement, de la sputation. L'agitation choréique que le délire semble augmenter encore, atteint une violence effrayante; les malades peuvent à peine être maintenus, et, si l'on a recours à des moyens contentifs, des excoriations se développent rapidement sur toutes les parties saillantes; souvent même de véritables convulsions cloniques surviennent par accès et ajoutent encore à la gravité du pronostic.

Je n'ai vu qu'une fois la guérison s'opérer nettement et franchement; c'était chez une jeune femme que j'ai observée à la Salpêtrière et chez laquelle les mouvements et le délire restèrent toujours de médiocre intensité. — Chez une seconde malade les mouvements choréiques n'étaient plus appréciables, l'agitation maniaque avait cessé, mais les hallucinations, tout en ayant disparu, laissaient après elles de nombreuses idées délirantes, la malade conservait des pensées de défiance envers diverses personnes de son entourage qu'elle accusait de tentatives d'empoisonnement; à la longue seulement cet état finit par guérir.

Un jeune homme, atteint beaucoup plus gravement, présenta pendant longtemps une hébétude profonde, analogue à celle que l'on observe à la suite de certaines fièvres ty-

phoïdes graves ; il avait tout oublié, répondait à peine, pleurait pour le moindre motif, et il fallut un temps très long avant qu'il eût recouvré la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Enfin, dans trois cas, les malades ont succombé au milieu de formidables accidents ataxiques se terminant, en général, par un coma profond : à l'autopsie, dans le seul cas où elle ait été pratiquée, on a trouvé les vaisseaux cérébraux gorgés de sang, la pie-mère infiltrée et ecchymosée, et une injection notable du cerveau et principalement de la substance grise ; mais ces lésions n'ont par elles-mêmes rien de spécial et de pathognomonique, et nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit à propos de l'anatomie pathologique de la manie et du délire aigu.

§ 4. — Traitement.

Les complications que la chorée présente du côté de l'état intellectuel ne nécessitent un traitement spécial que dans les cas où elles présentent une grande intensité; habituellement les moyens thérapeutiques dirigés contre les convulsions choréiques suffisent pour modifier avantageusement l'état mental, et je me bornerai à citer ici les affusions froides, les bains sulfureux, la valériane et les antispasmodiques, les bains tièdes prolongés avec irrigation d'eau froide sur la tête, le tartre stibié, l'opium à doses progressivement croissantes, la strychnine, le fer et les toniques. A mesure que les mouvements perdent de leur intensité, les modifications du caractère et de la sensibilité morale, ainsi que les hallucinations, disparaissent pour faire place à l'état normal.

Dans la chorée compliquée de délire maniaque, l'agitation peut être tellement intense que l'emploi des bains soit impossible ou dangereux, les malades se projetant avec force contre les parois de la baignoire et ne pouvant un seul instant conserver l'immobilité. Dans un cas de cette nature,

où la déglutition des médicaments liquides ou solides était en même temps très difficile, j'ai retiré d'excellents effets des inhalations de chloroforme, répétées à diverses reprises. Elles calment l'agitation musculaire et amènent une sédation instantanée ; c'est un moyen puissant et rapide auquel il faut recourir quand le danger est pressant.

CHAPITRE V.

DE LA PELLAGRE.

Définition. — Symptômes : du coté de la peau, du tube digestif, du système nerveux. — Marche. — Anatomie pathologique. — Étiologie : alimentation, conditions hygiéniques, insolation, aliénation mentale. — Diagnostic. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

La pellagre (*pellis ægra*, peau malade) est une affection diathésique, endémique ou sporadique, caractérisée par l'apparition successive ou simultanée d'une éruption cutanée spéciale, de troubles du côté du tube digestif et d'accidents nerveux frappant principalement l'intelligence et la motilité.

La pellagre paraît être restée inconnue en Europe jusqu'au commencement du XVIIIe siècle. Ce n'est guère qu'à cette époque qu'elle a été signalée comme maladie endémique dans les Asturies et surtout autour d'Oviedo (*mal d'Oviedo*, *mal de la rosa*), dans le Milanais, où elle faisait sans doute de grands ravages, puisque Strambio, qui, vers 178*h*, en a donné une description si complète, établissait que la pellagre envahissait le vingtième de la population. La maladie a depuis été retrouvée dans les Landes (*mal de la Teste*), dans les Pyrénées, la Haute-Garonne, l'Aude, la Marne et dans beaucoup d'autres localités où elle existe, mais à l'état sporadique .Enfin, M. Billod a insisté, dès 1853,

sur une variété de pellagre propre aux asiles d'aliénés, et ne différant de la pellagre ordinaire que par cette circonstance que l'aliénation mentale, au lieu d'y être consécutive à la pellagre, lui est au contraire primitive. Bien que cette proposition ait soulevé plus d'une objection, elle s'appuie dès à présent sur des faits assez nombreux et assez bien observés pour mériter toute l'attention des médecins.

§ 2. — Symptômes.

La pellagre s'annonce habituellement par un malaise général, de l'abattement, de la tristesse, de l'inaptitude au travail. Ces phénomènes prodromiques, qui se manifestent le plus souvent au printemps et qui durent quelques jours ou quelques semaines, sont bientôt suivis d'accidents plus accentués.

Des trois ordres de symptômes qui constituent la pellagre, symptômes du côté de la peau, du côté du système digestif, du côté du système nerveux, les symptômes cutanés sont habituellement les premiers qui se manifestent. Sur 140 observations de pellagre endémique dépouillées par M. Hameau fils (1), le début par les symptômes nerveux a eu lieu 6 fois ; par le tube digestif, 18 fois ; par la peau, 94 fois; par les symptômes nerveux et cutanés à la fois, 12 fois.

L'*éruption cutanée* consiste au début en un érythème, d'apparence érysipélateuse ou scarlatineuse, qui affecte exclusivement les parties exposées au soleil. Cet érythème, qui s'accompagne d'un léger gonflement, est borné d'abord aux poignets; il s'étend ensuite à la face dorsale des mains, aux pieds, au visage, au cou où, à la partie inférieure, il est brusquement limité par une ligne bien tranchée. Quelquefois sur les parties affectées, il se forme une éruption vésiculeuse ou même bulleuse; la douleur est constante, elle est

(1) Landouzy, *De la pellagre*. Paris, 1860.

comparée par les malades à une sensation de brûlure, et tous, en parlant de leur mal, répètent que leur peau a été brûlée. Au bout de peu de temps l'épiderme se dessèche, les vésicules ou les bulles se rompent et donnent naissance, soit à une desquamation furfuracée, soit à de larges squames qui se détachent de l'épiderme sous forme de doigts de gant complets. La desquamation, une fois opérée, laisse à nu un épiderme fin, sec, luisant et rosé comme une pelure d'oignon, limité par un bord terne et squameux.

En même temps que ces premiers symptômes cutanés, on observe du côté du tube digestif de l'anorexie, de la boulimie, des vomissements et de la diarrhée ; du côté du système nerveux, des vertiges, des éblouissements, des douleurs dans la colonne vertébrale, de la faiblesse et de l'incertitude dans la démarche, de la tristesse, de l'isolement, de l'inaptitude au travail, et même des formes variées de folie, hallucinations, manie, mélancolie avec stupeur et idées de suicide, bien qu'en général ces derniers accidents ne se développent que plus tard.

Tous ces phénomènes, assez souvent compliqués de scorbut, diminuent graduellement en automne et ne laissent en hiver que de faibles traces; mais aux printemps suivants on les voit reparaître, de moins en moins prononcés si le mal marche vers sa guérison ; de plus en plus intenses, si la maladie marche vers la terminaison fatale qui lui est habituelle.

C'est ainsi que la peau rougit de nouveau sous l'influence des premiers rayons solaires, et devient quelquefois le siége de nouvelles vésicules ou de nouvelles bulles ; puis, au moment de la desquamation, elle prend un aspect sale, rugueux, terreux et s'épaissit en certains endroits, surtout au niveau des articulations digitales, où elle acquiert plus particulièrement l'aspect de la patte d'oie et mérite le nom de *peau ansérine*, qui lui a été donné par quelques observateurs. Chez d'autres sujets, et j'en ai vu des exemples remar-

quables, chaque nouvel érythème s'accompagne d'un gonflement énorme ; des rugosités, des crevasses se forment au niveau des jointures et se prolongent jusque dans la paume de la main et vers la pointe du pied, justifiant la désignation de *lepra asturiensis*, *lepra lombardica* donnée à la pellagre. Enfin, M. Landouzy a particulièrement insisté sur la teinte bronzée que l'on observe dans les érythèmes anciens (érythème crasseux), et qui, tantôt suit les phases de l'affection cutanée, tantôt persiste après elle. Cette teinte bronzée a été rencontrée non-seulement aux pieds et aux mains, mais encore sur d'autres régions, comme l'épigastre, le ventre et les lombes, qui cependant ne sont jamais le siége de l'érythème.

Les symptômes du côté du tube digestif, qui peuvent précéder de plusieurs printemps l'apparition de la dermatose, mais qui parfois aussi ne surviennent qu'à la dernière période, suivent dans la majorité des cas une marche parallèle à celle de l'affection cutanée. La langue elle-même se couvre de fissures profondes ; les gencives se gonflent et se ramollissent ; les dents ébranlées et déchaussées, saignent au moindre contact, d'où le nom de *scorbut alpin* donné à quelques formes de la pellagre de Lombardie. En même temps qu'un appétit insatiable, il se manifeste de la diarrhée, tantôt séreuse, tantôt bilieuse, s'accompagnant de constriction œsophagienne, de soif très vive, d'un écoulement abondant de salive, remarquable, dit-on, par sa saveur salée (*salsedina*).

Les troubles nerveux ne se bornent plus comme au début, à des vertiges, à de la tristesse, à de la titubation, ils aboutissent à la *folie confirmée* et à la *paralysie*. Bien que M. Landouzy ait rapporté un exemple remarquable de folie développée instantanément au milieu d'une santé parfaite en apparence, et suivie un mois seulement après de l'érythème pellagreux, il est rare que l'aliénation mentale ne soit pas précédée de quelques troubles nerveux, vertiges, titubation, tristesse croissante, embarras dans les idées.

La folie pellagreuse se présente sous des aspects variés : quelquefois sous la forme d'accès de manie très intenses et remarquables par la violence et la nature dangereuse des impulsions; plus souvent sous la forme de délire mélancolique général avec prédominance d'idées religieuses ou d'hallucinations, ou de délire partiel de nature triste. Le délire mélancolique peut être porté jusqu'à l'hébétude et la stupeur la plus profonde; quant au délire partiel de nature triste, il est constitué à la fois par des idées mélancoliques et des idées hypochondriaques.

Les idées de suicide constituent le phénomène le plus saillant de ces deux dernières formes. Bien plus, Strambio a noté que la plupart des suicides chez les pellagreux avaient lieu par submersion, et il a voulu faire de ce genre de mort, sous le nom d'*hydromanie*, un trait caractéristique de la folie pellagreuse. Il y a là sans contredit une exagération : si les pellagreux qui ont des idées de suicide se noient pour la plupart, ce n'est pas en raison d'une préférence morbide, mais uniquement parce que ce genre de mort est plus à leur portée que tout autre : à la campagne les paysans ont peu d'armes à leur disposition, ils ignorent l'asphyxie par le charbon, leurs maisons sont trop basses pour qu'ils puissent s'en précipiter; ils ont recours à l'eau ou à la pendaison, deux moyens d'exécution faciles et que l'on retrouve dans toutes les statistiques de suicides dans la folie pellagreuse.

Quant à la paralysie que l'on observe chez les pellagreux, elle constitue une espèce à part. C'est une faiblesse générale (*debolezza*) sans paralysie appréciable du mouvement et de la sensibilité, sans mouvements spasmodiques; cette faiblesse qui ne va pas toujours en progressant, qui peut même guérir lorsque la maladie entre en voie d'amélioration, amène de la vacillation et de l'incertitude dans la marche, et détermine souvent des chutes : jamais elle ne se complique ni de délire ambitieux, ni d'embarras dans la parole,

mais presque toujours elle s'accompagne d'une rachialgie très vive siégeant principalement à la région lombaire, et s'étendant jusqu'à la région cervicale et jusqu'aux extrémités : on a insisté avec raison sur la coïncidence de ces douleurs avec le ramollissement de la moelle épinière, constaté assez souvent dans les autopsies de pellagreux.

C'est donc à tort que l'on a voulu assimiler la paralysie pellagreuse à la paralysie générale. Il peut arriver sans aucun doute, comme M. Baillarger l'a constaté, que chez certains pellagreux on constate de l'embarras de la parole, du bégayement, du délire ambitieux. Mais il est démontré maintenant que ces faits sont le résultat d'une simple coïncidence entre la pellagre et la paralysie générale ; de l'opinion presque unanime des médecins qui se sont occupés de cette question, il résulte que la paralysie pellagreuse est une espèce à part, qu'elle n'offre à sa période ultime ni embarras de la parole, ni idées ambitieuses, qu'elle est susceptible de guérison, enfin qu'elle n'est jamais caractérisée anatomiquement par les adhérences des méninges et le ramollissement de la couche corticale des circonvolutions.

§ 3. — Marche.

Tels sont les symptômes que l'on observe dans la pellagre. Déjà nous avons dit combien leur marche présentait d'irrégularités, chacun d'eux pouvant exister quelque temps isolément et occuper tantôt la première, tantôt la seconde, tantôt la troisième place dans l'ordre d'apparition. Ainsi que l'a dit M. Landouzy (1), la pellagre ne consiste évidemment ni dans les accidents cutanés, ni dans les accidents digestifs, ni dans les accidents nerveux pris chacun isolément, mais dans une diathèse spéciale qui a pour phénomènes expressifs ces trois ordres de symptômes principaux, dont la manifes-

(1) Landouzy, *De la pellagre sporadique*. Paris, 1860.

tation individuelle sera plus ou moins énergique selon l'idiosyncrasie du sujet, selon la cause occasionnelle, selon le milieu hygiénique, selon le traitement. Chaque année ou plutôt chaque printemps, les trois ordres d'accidents s'aggravent ; la diarrhée devient incoercible, les accès de folie se répètent et durent plusieurs mois, la peau devient noirâtre. Cet état peut se prolonger cinq ans, six ans, huit et neuf ans. Mais à la troisième période, la diarrhée, la paralysie, la tristesse atteignent leur summum d'intensité, la fièvre hectique se déclare, il survient de l'infiltration aux extrémités, et les sujets succombent, soit au moment du printemps, soit à la fin de l'été, épuisés par le paroxysme vernal. Il est remarquable que dans ce dernier cas, l'éruption disparaît quelquefois et laisse une simple cachexie dont le diagnostic devient très difficile pour celui qui ignore les antécédents du sujet.

La pellagre accomplit habituellement ses périodes avec une grande lenteur. Si quelquefois les sujets succombent en trois ou quatre années, plus souvent encore on les voit résister pendant six ans, huit ans et plus. On a même cité des cas où les malades avaient vécu quarante-cinq et soixante ans, mais habituellement le pronostic est mortel, et les faits de guérison cités par M. Landouzy sont en opposition avec ce qu'ont écrit Strambio et les auteurs qui ont observé la maladie à l'état endémique.

§ 4. — Anatomie pathologique.

Des autopsies de pellagre ont été pratiquées en assez grand nombre en Lombardie et même en France, dans les diverses localités où la pellagre se rencontre, soit à l'état endémique, soit à l'état sporadique.

De toutes les lésions observées, le ramollissement de la moelle est la plus commune. Il siége principalement dans la région lombaire, est limité à la substance blanche et est quelquefois tellement prononcé que la moelle liquéfiée

s'échappe en bouillie à la simple incision de son étui. Sans vouloir contester les faits signalés par M. Billod, M. Landouzy et par d'autres observateurs, il n'est pas inutile de rappeler que sur le cadavre le ramollissement de la moelle s'opère avec tant de rapidité, surtout quand la température offre un peu d'élévation, qu'on ne saurait mettre trop de réserve dans son jugement, lorsqu'on trouve à l'autopsie une lésion de cette nature.

A côté des altérations de la moelle, on trouve notés un grand nombre de fois l'injection, le ramollissement, l'ulcération de l'estomac et des intestins : dans un cas observé par M. Barth, on compta dans l'intestin jusqu'à vingt-trois ulcérations, offrant les caractères des ulcérations de l'entérite chronique.

Bien que, dans la plupart de ces observations, on puisse établir une certaine corrélation entre les lésions trouvées à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie, cependant cette corrélation, ainsi que l'a établi M. Landouzy, n'est ni assez précise ni assez constante, pour qu'on ne doive pas regarder comme de simples jalons les résultats fournis aujourd'hui par l'étude anatomo-pathologique de la pellagre : on a vu des digestions normales coïncider avec des ulcérations à pic dans l'estomac et une éruption confluente dans l'intestin, une diarrhée incoercible avec une simple rougeur du bord mésentérique de l'intestin, le simple affaiblissement général avec un ramollissement complet de la moelle, et en somme tous les résultats obtenus jusqu'ici ont besoin d'être vérifiés et approfondis.

§ 5. — Étiologie.

La cause intime de la pellagre est inconnue, mais les observateurs ont signalé un certain nombre de circonstances qui exercent une influence incontestable sur le développement de la maladie.

Et tout d'abord le mode d'*alimentation*. Les médecins italiens, après avoir attribué la pellagre à l'alimentation par le *maïs*, ont fini par restreindre cette opinion trop exclusive à l'usage du maïs altéré par un champignon spécial, le verdet. M. Th. Roussel, dans son livre sur la pellagre (1), et plus récemment M. Costallat, ont singulièrement insisté sur cette opinion, en cherchant à prouver que la pellagre ne se rencontrait jamais que dans les pays où le maïs formait la base de l'alimentation, et que la maladie sévissait avec beaucoup plus d'intensité chaque fois que la récolte avait été mauvaise et altérée par une plus grande quantité de verdet. — Mais la pellagre règne, soit à l'état endémique, soit à l'état sporadique dans des contrées où l'usage du maïs est complétement inconnu; bien plus, la pellagre n'a jamais été observée dans des localités où l'on consomme une grande quantité de maïs, et de maïs altéré par le verdet. L'opinion défendue par M. Th. Roussel, et qui a eu un grand retentissement, est donc empreinte d'une notable exagération : sans doute le maïs altéré agit à titre d'aliment insuffisant et délétère, mais il n'est pas une cause exclusive de la maladie.

La *misère*, par toutes les privations qu'elle entraîne, et surtout par la privation d'aliments réparateurs, prédispose à la pellagre; il existe quelques exceptions à cette règle, mais il est incontestable que c'est là un élément étiologique dont il faut tenir grand compte, ici comme dans toutes les cachexies. Les médecins italiens l'avaient si bien compris, que quelques-uns d'entre eux avaient appelé la pellagre le *mal de misère*, mal de *miseria*.

L'influence de *l'insolation* sur la production de l'érythème est un fait d'une grande importance : les parties découvertes, comme le visage, les mains, le dos des pieds, le cou, la partie

(1) Th. Roussel, *De la pellagre*, p. 171.

supérieure de la poitrine, sont seules affectées, et aux mains l'érythème cesse brusquement au niveau du poignet, là où s'arrête la manche du vêtement. Chez les pasteurs des Landes, un bout d'étroite courroie qui sert à fixer les échasses et pend d'un côté du pied, protége la largeur de peau qu'elle recouvre; chez ceux qui ont des bas troués, l'érythème a seulement la forme et l'étendue du trou (Landouzy). En admettant même que l'insolation soit toujours la cause occasionnelle de l'érythème pellagreux, il est clair qu'elle ne peut elle seule expliquer sa production, et qu'il faut admettre en outre une prédisposition dont nous ignorons la nature. En effet, au mois d'août, les rayons du soleil ont une ardeur plus grande encore qu'au printemps, et cependant, à cette époque, l'érythème commence déjà à perdre de sa force; d'un autre côté l'érythème s'observe, à Milan surtout, chez les menuisiers, les cordonniers qui travaillent à l'ombre. Aussi dans ces quelques cas, on éprouve un embarras réel pour expliquer comment les sujets ont été exposés à une insolation suffisante pour altérer la peau.

Aux causes de la pellagre, il faut, d'après M. Billod, joindre l'*aliénation mentale* et surtout l'aliénation mentale à *forme chronique*. Dès 1855 (1), dans divers asiles de France, et surtout dans les asiles d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, ce médecin distingué a signalé chez des idiots, des épileptiques, des déments, des lypémaniaques ou même des maniaques ayant fait dans l'asile un assez long séjour, un érythème offrant tous les caractères propres à la pellagre, reparaissant chaque printemps, et s'accompagnant à cette époque de troubles du côté du tube digestif et surtout d'une diarrhée séreuse incoercible, premier indice de la cachexie

(1) *D'une épidémie de pellagre observée dans les asiles d'aliénés d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1855). — *D'une variété de pellagre propre aux aliénés, ou pellagre consécutive à l'aliénation mentale* (*Acad. des sciences*, 3 janvier 1859).

pellagreuse. Dans cette variété de pellagre, que l'auteur regarde comme un diminutif de la pellagre de Lombardie et qui serait le résultat de l'action lente de la folie sur les fonctions nutritives, les troubles nerveux surajoutés consistent uniquement en une faiblesse des jambes qui rend la démarche incertaine et titubante. Quant à l'aliénation mentale préexistante, il arrive bien souvent qu'elle ne se modifie nullement au printemps, malgré la réapparition de la diarrhée et de l'érythème ; tout au plus observe-t-on chez les lypémaniaques un peu plus de dépression et de torpeur intellectuelle ; cependant, dans quelques cas cités par M. Aubert (1), des maniaques atteints d'affection pellagreuse sont devenus mélancoliques au moment de l'exacerbation vernale.

Ces résultats dont M. Billod a poursuivi la démonstration à travers de longues et patientes investigations, méritent de fixer l'attention des médecins, alors même qu'on les accepterait avec une certaine réserve : pour mon compte, j'ai constaté chez un certain nombre de malades de Bicêtre, et surtout de Sainte-Anne, une éruption manifestement pellagreuse apparaissant au printemps sur la face dorsale des mains. Mais comme ces sujets n'ont présenté depuis plusieurs années aucun trouble fonctionnel, soit du côté du tube digestif, soit du côté du système nerveux, tout en tenant compte de l'évolution successive et quelquefois lente des trois ordres de symptômes de la pellagre qui, pendant quelques années, peuvent se borner à un simple érythème, tandis que plus tard la folie et la paralysie se montrent seules, sans aucune trace des érythèmes antérieurs, j'hésite, pour le moment, à admettre une identité complète entre cette variété de pellagre et la pellagre telle qu'on l'observe à l'état endémique ou sporadique, chez des sujets non aliénés.

(1) *De la forme du délire chez les aliénés pellagreux*, par M. Aubert (*Ann. med.-psycholog.*, 1858, p. 527).

§ 6. — Diagnostic.

Le *diagnostic* de la pellagre endémique ne saurait présenter de difficultés : les médecins et les malades eux-mêmes sont, dans certaines localités, assez familiarisés avec les symptômes de la maladie pour pouvoir, dès le début, en apprécier la nature. Il n'en est pas de même de la pellagre sporadique sur laquelle l'attention a plus particulièrement besoin d'être éveillée en raison même de sa rareté : il peut arriver que le médecin n'envisage isolément qu'un seul symptôme, diarrhée, folie, éruption cutanée, ou ne saisisse pas tout d'abord les relations qui les unissent. L'erreur sera plus facile encore quand les symptômes pathognomoniques se manifesteront isolément, ainsi que cela a été plus d'une fois observé.

Outre l'érythème cutané dont le siége et l'aspect spécial mettent le plus souvent sur la voie du diagnostic, il faut, dans les cas de cette nature, prendre en considération la réapparition des accidents au moment du printemps, leur périodicité, leur aspect spécial. Qu'un accès de manie ou surtout de lypémanie, avec idées de suicide, revienne chaque année au moment du printemps, on devra porter son attention sur l'état de la peau, sur les fonctions digestives, et ne pas admettre d'emblée une folie simplement intermittente. Une diarrhée, un exanthème cutané spécial revenant dans les mêmes conditions, éveilleront aussi les soupçons du médecin ; mais, dans les cas douteux, il faudra suspendre son diagnostic, et, sans négliger le traitement, attendre plusieurs années s'il est nécessaire avant de se prononcer d'une manière définitive, de peur d'embarrasser ce sujet encore obscur par des observations recueillies trop précipitamment.

§ 7. — Traitement.

Le traitement de la pellagre, comme celui de toutes les cachexies, consiste tout d'abord dans une bonne hygiène, une saine alimentation et la suppression des conditions fâcheuses qui semblent influer sur le développement de la maladie. L'huile de foie de morue, le quinquina, le fer, les toniques de toute nature ou même les altérants, comme l'iode et l'arsenic, seront donnés avec persévérance et surtout vers la fin de l'hiver, afin de préparer les malades à traverser sans aggravation trop notable la période dangereuse du printemps. C'est dans ce but spécial et surtout pour prévenir le retour périodique des symptômes que M. Landouzy conseille encore de recourir, dès la fin de l'hiver, au vin de quinquina et au sulfate de quinine, donné tous les deux ou trois jours aux principaux repas, de manière à placer les sujets presque constamment sous cette influence antipériodique. A ces moyens, il faudra joindre autant que possible les distractions de corps et d'esprit, les voyages et l'éloignement de toutes les causes morales ou physiques capables d'affaiblir l'innervation.

Viennent ensuite les moyens thérapeutiques, les précautions de toute sorte destinées à combattre chaque symptôme isolément. On recommandera aux pellagreux de ne jamais s'exposer au soleil sans avoir les pieds, les mains et le cou soigneusement couverts ; on leur donnera une coiffure à larges bords, et on insistera près d'eux sur la nécessité des bains fréquents, bains simples, bains d'eau de mer, bains sulfureux, douches de vapeur, pratiques hydrothérapiques de toute sorte. Au grand hôpital de Milan, le traitement consiste essentiellement en une bonne nourriture et en un bain chaud pris tous les deux jours, et ces moyens suffisent chez la grande majorité des malades pour faire disparaître, au moins

pour la saison, les accidents cutanés gastriques ou nerveux.

Contre la diarrhée chronique, on donnera les astringents, le tannin, le ratanhia, ou bien encore l'opium, le diascordium, la thériaque, le sous-nitrate de bismuth, le charbon, et en général on se laissera guider par les symptômes de chaque jour.

Quant aux eaux sulfureuses, et surtout aux eaux sulfureuses de Labassère et de Cauterets, que quelques médecins des Pyrénées ont vantées comme un spécifique contre la pellagre, sans partager entièrement leur confiance, on peut les conseiller comme un moyen digne d'expérimentation.

CHAPITRE VI.

DE L'ALCOOLISME.

Définition. — Fréquence. — Étiologie. — Physiologie pathologique. — Symptomatologie ; alcoolisme aigu : ivresse simple et convulsive, folie alcoolique aiguë, manie et mélancolie ; alcoolisme chronique : période d'état ou période intermédiaire ; période terminale : manie chronique ; démence et paralysie générale. — Pronostic. — Traitement.

§ 1er. — Définition.

Le mot *alcoolisme* (1) a été créé par le docteur Magnus Huss (de Stockholm) pour désigner l'ensemble des accidents causés par l'abus des liqueurs alcooliques. Sous le nom d'alcoolisme

(1) *De l'alcoolisme chronique* (*Arch. de méd.*, 5e série, 1853, t. Ier, p. 56, analyse par M. Lasègue, et *Ann. méd.-psychol.*, analyse par M. Renaudin, 1853, t. XVII, p. 90).

Voyez Motet, *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, 1859. Thèse inaug.

V.-A. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse d'agrégation, 1859.

Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, thèse inaug., 1844.

Thomeuf, *Essai clinique sur l'alcoolisme* thèse inaug., 1859.

aigu, il désigne les symptômes prochains et immédiats causés par l'ingestion de l'alcool. L'alcoolisme *chronique* est constitué par des accidents à marche lente, survenant sous l'influence d'une intoxication prolongée.

§ 2. — Fréquence.

L'alcoolisme joue dans la production de l'aliénation mentale un rôle qui tend chaque jour à devenir plus important.

De 1826 à 1835, on reçut à Charenton 1557 aliénés dont 134 avaient perdu la raison par l'abus des liqueurs fortes.

MM. Debouteville et Parchappe ont trouvé, pour une période de dix-huit ans, que l'ivrognerie figure comme cause de l'aliénation mentale dans la proportion de 28 pour 100.

M. Morel, sur 1000 aliénés en a trouvé 200 chez lesquels l'aliénation mentale ne reconnaissait pas d'autre cause.

La statistique générale pour 1853 indique que sur 32 876 aliénés traités dans les asiles publics et privés de la France, 1502 doivent leur maladie aux excès alcooliques.

Dans les grandes villes, au milieu des populations ouvrières, la proportion des individus qui deviennent aliénés par alcoolisme est beaucoup plus considérable que dans les campagnes. Tandis que la statistique générale de la France indique à peine 1 alcoolique sur 20 malades, j'ai trouvé à Bicêtre des chiffres qui se rapprochent singulièrement des résultats obtenus à Rouen, par MM. Parchappe et Morel; j'ai constaté en outre que le nombre des alcooliques augmentait chaque année d'une manière effrayante, à tel point qu'en six ans leur proportion a presque doublé.

En 1856, il est entré	91	alcooliques	sur 668	malades,	soit	3,62	pour 100.
1857, —	103	—	689	—		14,94	—
1858, —	162	—	806	—		20,09	—
1859, —	173	—	889	—		19,46	—
1860, —	186	—	841	—		22,10	—
1861, —	200	—	877	—		22,80	—

Les résultats qu'indique ce tableau sont de nature à éveiller l'attention des législateurs et des moralistes, en mettant en relief la marche envahissante d'un vice qui exerce sur les populations une influence aussi désastreuse.

§ 3. — Étiologie.

La rapidité et l'intensité avec lesquelles se développent les accidents de l'alcoolisme tiennent à diverses conditions dont les unes sont individuelles, tandis que les autres dépendent de la nature et de la qualité des boissons alcooliques ingérées.

1° Idiosyncrasie, conditions hygiéniques et morales.

Il est quelques individus qui, en vertu d'une idiosyncrasie spéciale, et grâce à l'habitude, supportent des doses d'alcool qu'un autre ne pourrait ingérer sans éprouver de graves accidents.

Les sujets issus de parents aliénés, outre qu'ils ont plus de tendance à l'ivrognerie, la supportent moins bien que d'autres, et, sous ce rapport, il existe entre la folie et l'alcoolisme un rapport qui mérite d'être signalé. Une alimentation tonique et reconstituante, de bonnes conditions d'hygiène, une vie exempte de fatigue, atténuent les effets des excès alcooliques : dans la classe pauvre, au contraire, la débauche, les privations, les travaux excessifs, les aggravent et leur donnent une intensité exceptionnelle.

Les conditions morales et intellectuelles méritent aussi considération. Beaucoup d'individus, parmi les ouvriers et les gens de peine, cherchent dans le vin et l'eau-de-vie une consolation pour leurs chagrins ; préoccupés d'une perte d'argent, d'une contrariété de famille, et déjà profondément déprimés, ils courent au cabaret : l'action toxique de l'alcool se surajoutant à des conditions morales fâcheuses, hâte l'explosion du délire qui prend alors plus volontiers la forme lypémaniaque : j'ai constaté bien des fois cette double

influence dans l'étiologie des formes aiguës de la folie alcoolique, et je crois qu'on ne lui a pas accordé toute l'importance qu'elle mérite.

2° Nature des liquides ingérés.

Le vin rouge non frelaté peut être supporté longtemps sans amener d'accidents; le vin blanc, les liqueurs, l'eau-de-vie et avant tout l'eau-de-vie de pommes de terre, accessible à tous par son bas prix, sont des boissons infiniment plus dangereuses, surtout lorsqu'il s'agit des doses énormes de 2 et 3 litres, que certains individus finissent par ingérer quotidiennement, le matin à jeun, c'est-à-dire dans un moment où la vacuité de l'estomac rend l'absorption plus prompte et plus complète; mais rien n'égale les ravages causés par la liqueur d'absinthe dont l'usage s'est répandu si fatalement et dans l'armée et dans la population civile. Outre les accidents habituels de l'alcoolisme, la liqueur d'absinthe, qui agit à la fois et par l'alcool et par une huile essentielle spéciale, détermine promptement un état de stupeur et d'hébétude qui use les facultés intellectuelles et précipite l'arrivée de la démence; c'est incontestablement le poison le plus énergique qui soit mis à la disposition des populations, et l'on se demande avec étonnement comment aucun obstacle n'est apporté à son débit, tandis que la vente des substances toxiques ordinaires est soumise à une réglementation si sévère et si juste.

§ 4. — Physiologie pathologique.

Quant au mode d'action de l'alcool sur l'économie, il est facile de s'en rendre compte, si l'on se reporte aux travaux de MM. Lallemand, Perrin et Duroy sur ce sujet important (1). A l'aide de nombreuses expérimentations sur l'homme et sur les animaux, ces observateurs ont établi

(1) Lallemand, Perrin et Duroy, *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*. Paris, 1861, p. 137 et *passim*.

que l'alcool introduit dans l'estomac, passait en nature dans les veines, se répandait et s'accumulait dans les tissus, mais dans des proportions inégales, en présentant pour quelques organes une affinité toute particulière : si l'on représente par 1 la quantité d'alcool contenue dans le sang, ils ont prouvé que le foie en contenait 1,48, et le cerveau 1,75 ; or cette aptitude singulière du tissu nerveux explique pleinement les désordres profonds des fonctions de l'encéphale chez les sujets qui abusent des liqueurs fermentées.

Quelque faible que soit la quantité d'alcool ingéré, il est éliminé en nature par les reins, par la peau, par l'exhalation pulmonaire, sans que jamais l'analyse chimique indique la moindre transformation soit en acide acétique, soit en aldéhyde, et cette élimination se prolonge pendant huit, dix et même quatorze heures. L'alcool n'agit donc pas comme aliment, mais comme modificateur spécial de l'économie et surtout du système nerveux; sa prompte élimination démontre que les accidents chroniques de l'alcoolisme ne sont pas le résultat direct, mais la conséquence éloignée de l'action de l'alcool : son introduction réitérée, son séjour souvent renouvelé dans les tissus, finissent par amener des modifications et des altérations de structure lesquels peuvent même ne se développer qu'assez longtemps après que les sujets ont renoncé à leurs excès habituels.

§ 5. — Symptomatologie.

Voici quelle est la marche que nous suivrons dans l'exposé des symptômes de l'alcoolisme.

Nous distinguerons, à l'exemple de tous les auteurs, l'alcoolisme aigu de l'alcoolisme chronique.

Dans l'alcoolisme aigu nous placerons l'ivresse et la folie alcoolique aiguë, cette dernière pouvant se présenter sous la forme maniaque et sous la forme mélancolique.

Quant à l'alcoolisme chronique, au lieu d'admettre les

formes généralement décrites, nous rattacherons tous les phénomènes observés à deux périodes :

1° *Période d'état* ou *période intermédiaire* comprenant les symptômes qui se manifestent consécutivement à une intoxication plus prolongée : ces symptômes plus fixes, plus durables, lents dans leur marche et dans leur développement, s'observent non-seulement du côté du système nerveux, mais encore dans tous les appareils organiques ; ils sont encore susceptibles de guérison.

2° *Période terminale* pendant laquelle on voit se dessiner les formes ultimes et incurables de l'alcoolisme, manie chronique, démence, paralysie générale.

I. — Alcoolisme aigu.

1° *Ivresse.* — A. *Ivresse simple.* — On distingue habituellement trois périodes dans l'ivresse simple.

La *première période* est caractérisée par de l'excitation : la figure est épanouie, les yeux sont brillants, le pouls fort et plein ; la transpiration augmente ; la soif, assez vive, s'accompagne de fréquents besoins d'uriner. En même temps les fonctions cérébrales s'exécutent avec plus d'énergie et produisent un sentiment général de bien-être, de la loquacité et une succession rapide et un peu confuse dans les idées. C'est alors que chaque individu, devenu plus expansif, fait ses confidences et révèle ses tendances et son caractère : l'homme porté à la tristesse, a le vin sombre et mélancolique ; celui qui est irritable devient violent, frappe et brise ; tel autre, au contraire, est bienveillant, tendre, et embrasse tous ceux qui l'entourent. A ce degré, l'homme ivre se possède encore assez pour se maintenir et réprimer, en partie du moins, l'expression de ses sentiments.

Pendant la *seconde période*, il n'y a plus seulement exaltation, mais encore perturbation des fonctions cérébrales : les idées se succèdent si rapidement qu'elles deviennent incohé-

rentes, il y a de l'obtusion et des illusions des sens; la vue devient confuse et quelquefois double; l'ouïe est le siége de tintements et de bourdonnements; le sujet prend une porte pour une fenêtre, une saveur pour une autre, et bientôt il est en proie à un délire complet qui lui enlève toute conscience de ses actes et de ses paroles; la sensibilité générale est tellement obtuse que les coups et les blessures ne déterminent aucune douleur, les mouvements deviennent faibles et incertains, les jambes titubent, la langue est épaisse, la parole embarrassée, l'impuissance génitale habituellement complète.

La *troisième période* est caractérisée par un sommeil comateux qui se prolonge pendant plusieurs heures et sert de crise à l'accès. A ce dernier degré, l'homme ivre n'a pas même la conscience de son état, et il est plutôt dangereux pour lui-même que pour les autres.

B. Tels sont les effets habituels de l'ivresse, véritable aliénation mentale passagère, dont nous apprécierons plus loin la valeur au point de vue médico-légal. Mais à côté de la forme que nous venons de décrire et qui est la plus commune, il en est une autre, l'*ivresse convulsive*, dont Percy a indiqué les principaux traits, et qu'il est utile de connaître à cause des conséquences redoutables qu'elle peut entraîner.

L'ivresse convulsive (1) tient plutôt à l'idiosyncrasie du sujet qu'à la quantité ou à la nature des boissons alcooliques ingérées; toutefois elle se déclare plus fréquemment après l'ingestion de vin nouveau ou altéré par l'addition d'alcool et surtout d'eau-de-vie de grain ou de genièvre. Les effets immédiats de ces boissons ne se traduisent pas d'emblée par des accidents convulsifs, mais bien par un état d'ivresse légère, au milieu de laquelle se déclarent les paroxysmes convulsifs : les yeux sont brillants et hagards, les mâchoires serrées; le malade pousse des cris inarticulés ou

(1) Percy, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXVI, p. 249. — Rœsch, *De l'abus des boissons spiritueuses* (*Annales d'hygiène*, t. XX, p. 5 et suiv.).

profère des paroles incohérentes, il n'a pas conscience de ce qui se passe autour de lui; cependant, en proie à une violente fureur, il injurie, frappe et cherche à mordre ceux qui l'entourent; bientôt surviennent des convulsions cloniques, pendant lesquelles il se roule et s'agite en faisant des mouvements tellement désordonnés, que plusieurs hommes peuvent à peine le contenir, et que, abandonné à lui-même, s'il se trouve seul, il peut se précipiter par la fenêtre ou se blesser dangereusement en se roulant sur le pavé, en se heurtant la tête contre les murs ou contre le bois de son lit. Percy a vu deux individus périr de cette manière. Les accès convulsifs, après quelques instants de répit, se renouvellent avec une égale intensité, et quelques malades succombent en moins de vingt-quatre heures à la violence des accidents cérébraux; mais assez souvent l'ivresse convulsive se termine d'une manière heureuse, en laissant après elle un état de stupeur et d'hébétude qui se dissipe au bout d'un certain nombre d'heures.

2° *Folie alcoolique aiguë.* —Sous le nom de folie alcoolique aiguë, de *delirium tremens* (1), *delirium cum tremore*, on désigne le délire à marche aiguë, mais de forme variable, qui se développe consécutivement aux excès alcooliques.

La folie alcoolique aiguë s'observe principalement chez les cochers, chez les cuisiniers, chez les marchands de vins, et en général chez les ouvriers qui, livrés à un travail fatigant, ayant besoin de résister au sommeil, ou exposés à un feu ardent, croient devoir, pour se soutenir, user largement de boissons excitantes. Elle survient à la suite d'un ou de plusieurs excès alcooliques, chez des individus n'ayant pas l'habitude de l'ivresse, mais plus souvent encore chez des ivrognes de profession offrant depuis longtemps les symptômes de l'alcoolisme chronique, lorsqu'à l'aide de liba-

(1) V. Rayer, *Mémoire sur le delirium tremens*. Paris, 1819.

tions plus abondantes que de coutume, ils ont dépassé leur limite de saturation.

La folie alcoolique aiguë éclate vers le déclin de l'ivresse ou pendant sa durée, quand celle-ci se prolonge et est entretenue par des excès sans cesse renouvelés. Elle se présente sous deux formes qui, tout en présentant de grandes analogies en raison de l'identité de leur point de départ, peuvent toujours être distinguées : la forme maniaque et la forme mélancolique.

A. La forme *maniaque*, désignée plus particulièrement sous le nom de *delirium tremens*, débute par de l'insomnie, de l'incohérence dans les idées, de la bizarrerie dans les allures, et une excitation qui va croissant d'heure en heure. La face est rouge, vultueuse ; les yeux sont brillants et congestionnés, le pouls est fréquent, la peau chaude et couverte de sueur, la soif vive, et au milieu du désordre général de l'innervation, les évacuations sont souvent involontaires ; des illusions et des hallucinations de tous les sens viennent se joindre au délire et lui donner un nouvel aliment : les malades croient reconnaître tous ceux qui les approchent ; ils prennent une fenêtre pour une porte, une rivière pour une grande route, et trouvent une saveur alcoolique aux tisanes qui leur sont présentées ; quelques-uns ont des idées obscènes et érotiques et aperçoivent autour d'eux des scènes lubriques. Mais ce qui caractérise d'une manière toute spéciale la manie alcoolique, ce sont certaines hallucinations de la vue. Les malades voient courir sur leur lit, sur le plancher, sur les murs, des rats, des souris, des grenouilles, des reptiles, des oiseaux, des animaux de toute sorte qui disparaissent brusquement comme s'ils passaient à travers la muraille. Ces visions ont, en général, quelque chose de pénible, cependant elles n'offrent pas ce caractère terrifiant que l'on observe dans la forme mélancolique.

L'agitation dans la manie alcoolique arrive bien vite à

son apogée. Malgré quelques instants de répit, les sujets crient, vocifèrent, courent au hasard, et, entraînés par leurs illusions et leurs hallucinations, peuvent se jeter à l'eau, se précipiter par la fenêtre et maltraiter violemment ceux qui les approchent.

A tous ces symptômes d'excitation se joignent des troubles de la motilité; la langue est tremblante et tirée convulsivement hors de la bouche, et pendant l'articulation des sons tous les muscles de l'appareil vocal présentent une ondulation fibrillaire qui rend la parole incertaine et embarrassée. Les extrémités supérieures, et surtout les doigts et l'avant-bras, offrent le même tremblement, facile à reconnaître lorsqu'on fait placer les bras dans la position horizontale.

Cet état est en général de courte durée; la privation des boissons alcooliques et quelques soins hygiéniques suffisent au bout de deux ou trois jours pour calmer l'agitation et ramener le sommeil. Dans les cas les plus simples, le sommeil profond et prolongé quelquefois pendant plus de trente-six heures, sert de crise à l'accès et laisse au réveil les malades calmes, mais courbaturés, avec la langue pâteuse, une soif vive et un souvenir très confus de ce qui vient de se passer. Quand l'excitation a été très vive et s'est prolongée pendant un temps plus long, il n'est pas rare de voir la convalescence s'opérer avec lenteur. Pendant plusieurs jours, et alors même que tous les autres symptômes ont disparu, les malades conservent dans le cours de la journée quelques hallucinations de la vue; la nuit, les mêmes visions troublent leur sommeil, et ce n'est qu'à la longue qu'ils arrivent à les apprécier à leur juste valeur.

A côté de cette forme de manie qui est bénigne et dans l'immense majorité des cas se termine par la guérison, il en est une autre beaucoup plus grave sur laquelle a insisté M. Delasiauve, et qui, en réalité, n'est pas autre chose que

le *délire aigu alcoolique*. « Ce qui distingue surtout cette forme, dit M. Delasiauve (1), c'est la prodigieuse activité nerveuse. Le malade n'a ni paix, ni trève; aucune partie du corps n'est exempte d'agitation ; les membres tremblent; vultueuse, rouge, violacée même, la face grimace par le frémissement prononcé de ses muscles; les yeux roulent dans leur orbite; la peau chaude et brûlante, s'humecte d'une sueur profuse, visqueuse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa fraîcheur naturelle; elle est plus souvent desséchée sur ses bords, à sa surface, et couverte, de même que les lèvres, de croûtes fuligineuses. Communément, la soif est vive, inextinguible ; la respiration plus ou moins gênée; l'altération des traits indique une prostration profonde. Quant au pouls, tantôt accéléré et déprimé, d'autres fois, il contraste par son rhythme presque normal avec l'ensemble des symptômes.... Le délirant devient incoercible ; les paroles se pressent dans sa bouche au point de se faire concurrence, ne s'en échappent qu'avec effort, en phrases saccadées, entrecoupées et souvent inintelligibles.... »

Si la guérison est la règle dans la forme simple de la manie alcoolique, ici le pronostic est beaucoup plus grave; sur 1000 cas d'alcoolisme aigu ou chronique entrés à l'hospice de Bicêtre, nous avons relevé 30 observations de morts survenues au milieu même de cette période aiguë : tantôt les malades, épuisés par une agitation incessante, succombent dans un état adynamique avec la langue et les lèvres sèches et fuligineuses, la voix éteinte, le pouls misérable; tantôt, au contraire, et ce cas n'est pas rare, la mort a lieu presque subitement, au milieu d'une agitation violente et après des mouvements convulsifs survenant par accès séparés à peine par un court intervalle; les malades s'affaissent et suc-

(1) Delasiauve, *Revue médicale française et étrangère*, 30 avril 1852.

combent quelques heures après leur entrée à l'hôpital, offrant presque jusqu'au dernier instant des cris et des mouvements désordonnés.

La lésion que l'on rencontre alors le plus fréquemment à l'autopsie est la distension des vaisseaux de la pie-mère que l'on trouve en même temps infiltrée de sérosité : cette injection, que j'ai vue chez certains sujets très considérable et allant jusqu'à la suffusion sanguine, est chez d'autres infiniment moins accentuée et peut même faire complétement défaut. Il en est de même de la coloration de la couche corticale qui peut être très peu prononcée, ou bien aller jusqu'au rouge violacé et à la teinte livide ; on a signalé encore chez les sujets qui succombent au délire alcoolique le pointillé de la substance blanche, l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, la mollesse du cerveau et du prolongement rachidien, mais en somme aucune de ces lésions n'est constante et pathognomonique, et l'on ne trouve même pas ici ces hémorrhagies méningées, ces apoplexies pulmonaires que M. Tardieu (1) a constatées si fréquemment chez les individus morts en état d'ivresse.

Quant à l'odeur alcoolique exhalée par les divers tissus et surtout par l'encéphale, elle s'observe très rarement, et on le comprend sans peine, l'élimination de l'alcool ayant eu le temps de se produire pendant les quelques jours qui séparent l'explosion de la maladie de sa terminaison fatale.

B. Dans la forme *mélancolique*, les malades sont obsédés par des hallucinations de nature terrifiante : ils se voient entourés d'animaux monstrueux, d'ennemis qui les menacent, se glissent sous le lit, rampent sous les couvertures ; ils aperçoivent les cadavres lacérés de leurs parents, et, pendant la nuit, s'ils viennent à sommeiller un instant, se réveillent enveloppés de flammes et en proie à une terreur

(1) Tardieu, *Ann. d'hyg. publique et de méd. légale*, 1848, t. XL, p. 390.

indicible; au milieu de ces accès de panophobie, ceux-ci s'enfuient en aveugles par la première issue qui se présente à eux, ceux-là s'arment précipitamment, se jettent en furieux sur leurs fantômes ou sur le premier objet qu'ils rencontrent; chez d'autres, enfin, les hallucinations déterminent un état de stupeur et de prostration caractéristique : immobiles, hébétés, incapables de répondre et d'agir, offrant sur leurs traits l'empreinte de la frayeur qui les domine, ils ne sortent de cet état que pour faire quelque tentative de suicide : lorsqu'à force d'instances, on parvient à leur arracher quelques mots, on constate bien vite qu'ils sont en proie à une profonde terreur, que des idées hypochondriaques se mêlent à leur délire : on va les fusiller, les guillotiner, on les a pendus, leur tête a été séparée du corps, ils sont morts.

Quand la période aiguë est passée, le malade renaît lentement à la vie extérieure, et en recueillant ses souvenirs, se rappelle peu à peu tout ce qui lui est arrivé les jours précédents. Mais, dans les cas où la stupeur a été profonde, il est très fréquent de voir les sujets ne conserver qu'une idée extrêmement vague de tous les faits qui se sont passés pendant leur délire, et même des tentatives de suicide qui ne leur apparaissent que comme un rêve confus et éloigné ; pendant plusieurs jours encore, les convalescents conservent un sommeil agité, de l'obtusion et de l'incertitude dans les idées ; parfois même des hallucinations effrayantes reviennent pendant la nuit à intervalles très éloignés et déterminent des cris, de l'agitation et une profonde angoisse ; peu à peu cependant, ces symptômes s'éloignent, le calme devient parfait et au bout de dix jours, quinze jours ou quelques semaines, il est bien rare que la guérison ne soit pas complète.

II. — Alcoolisme chronique.

1° *Période d'état ou période intermédiaire.*—Les formes de l'alcoolisme que nous venons de décrire sont des états

passagers, et en général facilement curables, qui se produisent chez des individus à peu près sobres d'ordinaire, mais ayant fait pendant plusieurs jours des excès alcooliques inaccoutumés; ou bien chez des ivrognes de profession ayant dépassé momentanément leur limite de saturation. Mais lorsque les excès alcooliques deviennent habituels, il se produit à la longue et indépendamment des accidents aigus, une altération profonde et plus durable, non-seulement des fonctions nerveuses, mais encore des fonctions respiratoires, circulatoires et digestives.

C'est ainsi que dans l'alcoolisme chronique, l'*appétit* est irrégulier ou même complétement perdu; la langue est sale et recouverte d'un enduit muqueux, il y a des vomiturition le matin, et chaque repas est suivi de tension à l'épigastre et de rapports acidules, symptômes qui correspondent à l'épaississement et à la coloration ardoisée de la muqueuse stomacale. L'appareil hépatique, dans lequel s'accumule l'alcool du sang, s'altère à son tour et la peau prend une teinte subictérique. Magnus Huss, Annesley, MM. Andral, Rayer, Becquerel ont signalé dans l'alcoolisme les congestions du foie, la cirrhose, la dégénérescence graisseuse et l'hypertrophie de cet organe; d'un autre côté, l'élimination de l'alcool par l'appareil urinaire explique la fréquence de la maladie de Bright, soit que le poison agisse comme irritant local, soit qu'en augmentant la sécrétion urinaire, il détermine une hypérémie permanente qui amène la dilatation des vaisseaux et la formation de dépôts plastiques dans le parenchyme même de la glande.

Enfin chez les ivrognes, malgré l'anorexie et le peu d'abondance de l'alimentation, on observe une tendance remarquable à la dégénérescence graisseuse non-seulement de certains viscères, mais encore des fibres musculaires et surtout des fibres musculaires du cœur. Magnus Huss, Carpenter, M. Thomeuf et beaucoup d'autres auteurs ont ren-

contré le foie gras et volumineux, et les reins ayant subi la même transformation : les fibres musculaires du cœur, les parois des vaisseaux sanguins s'infiltrant aussi de graisse, perdent de leur résistance et de leur élasticité, mais rien ne prouve encore que la substance nerveuse subisse elle-même cette transformation.

C'est à tort qu'on a voulu invoquer tous ces faits en faveur des propriétés nutritives de l'alcool, et qu'on a insisté sur la tendance à l'embonpoint que présentent certains ivrognes : si les buveurs de bière ont un embonpoint remarquable dû aux substances féculentes et sucrées que cette boisson renferme, les buveurs d'eau-de-vie sont généralement amaigris et perdent rapidement leur tissu adipeux ; quant à la dégénérescence graisseuse de certains organes, c'est là un état purement pathologique qui s'explique sans peine par la présence des globules graisseux trouvés par Magnus Huss et plus récemment par MM. Lallemand, Perrin et Duroy (1), dans le sang même des individus soumis à l'intoxication alcoolique.

L'influence de l'alcoolisme chronique sur les *organes circulatoires et respiratoires* est moins directe, mais n'en est pas moins réelle : la bronchite chronique, la laryngite avec raucité de la voix et aphonie, ont été regardées comme le résultat de la pénétration de la muqueuse des bronches par l'alcool. On a signalé encore l'altération athéromateuse des artères et surtout de l'aorte, la dilatation des vaisseaux du cerveau, et surtout de tous les capillaires de l'extrémité céphalique. Et en effet, c'est à cette congestion des vaisseaux du nez, des joues, des lèvres et des oreilles qu'est dû le développement de la couperose des ivrognes, et M. Sichel a noté de son côté la congestion et l'inflammation des membranes de l'œil comme une conséquence de l'intoxication alcoolique.

(1) Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, *ouvrage cité*, p. 39.

Parmi les symptômes qui se présentent du côté du *système nerveux*, nous distinguerons les troubles de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence.

a. Les troubles de la *sensibilité* consistent, mais au début seulement, en une hyperesthésie qui se révèle au moindre contact, ou bien en des fourmillements des pieds et des mains s'accompagnant d'une sensation de chaleur ou de froid qui devient à la longue un symptôme très incommode, et entretient par son intensité un état permanent d'inquiétude et d'agitation. A mesure que l'intoxication devient plus grave, l'hyperesthésie fait place à de l'engourdissement, à de l'anesthésie, et cette dernière, qui est très fréquente, peut envahir toute la surface cutanée au point de rendre les sujets insensibles même aux excitations les plus douloureuses. Très souvent l'anesthésie coïncide avec de l'impuissance et l'absence complète de désirs érotiques. Dans sa description de l'alcoolisme, Magnus Huss a pris l'hyperesthésie et l'anesthésie comme signes caractéristiques de deux formes d'alcoolisme, mais ces deux symptômes se remplacent l'un l'autre et souvent existent simultanément chez le même sujet; comme, d'ailleurs, ils se trouvent toujours associés à des troubles de la motilité et de l'intelligence, ils sont par eux-mêmes insuffisants pour caractériser deux formes distinctes de la maladie.

Aux troubles de la sensibilité se rattachent des modifications pathologiques des organes des sens. La vue s'affaiblit, la pupille est moins mobile, les objets tremblent sous les yeux et sont perçus avec moins de précision, comme s'ils étaient enveloppés d'un nuage; quand les malades lisent, leur livre se couvre subitement de ténèbres, et ils restent pendant quelques instants frappés de cécité. Mais parmi ces troubles sensitifs, les illusions et les hallucinations occupent le premier rang. Les objets paraissent doubles, il semble aux malades que des insectes voltigent autour d'eux, ils aperçoivent

des formes lumineuses et fantastiques qui traversent rapidement le champ de la vision, des objets hideux, des figures menaçantes, des animaux de toute nature qui les poursuivent même pendant leurs rêves, et rendent leur sommeil inquiet et agité. Magnus Huss rapporte l'observation d'un de ses malades qui chaque jour, à midi, voyait devant lui une table richement servie, la vision s'évanouissait devant le repas ordinaire de l'asile dont il devait se contenter. Un autre apercevait entre ses jambes un chat prêt à dévorer son scrotum. Les illusions et les hallucinations s'observent, mais avec moins de fréquence, dans le sens de l'ouïe. Magnus Huss n'a rencontré que deux fois des hallucinations de l'odorat. Enfin, la sensibilité générale peut être atteinte à son tour, et il n'est pas rare de voir les malades accuser, dans tous les membres, des douleurs qu'ils comparent à des brûlures, à des déchirures, à des morsures d'animaux et à toutes ces variétés de sensations maladives que nous avons notées chez les hypochondriaques.

b. Du côté de la *motilité* on observe en première ligne le *tremblement* qui, limité d'abord aux mains et aux bras, s'étend ensuite aux extrémités inférieures et aux muscles de la face, et a été désigné sous le nom de chorée alcoolique. Ce tremblement se manifeste, soit au moment du lever, soit dans le cours de la journée, après l'ingestion de doses élevées d'alcool. Passager au début, il finit par être permanent, et devient d'autant plus manifeste que le sujet fait de plus grands efforts pour donner de la précision à ses mouvements : c'est lui qui amène de l'incertitude dans les mouvements, de la titubation, et ce bégayement si caractéristique qui éveille de bonne heure la crainte de la paralysie générale.

C'est encore aux troubles de la motilité qu'il faut rapporter les crampes, les soubresauts parfois douloureux que les malades éprouvent, soit le jour, soit la nuit; la *dyspnée*,

indépendante de toute lésion cardiaque ou pulmonaire, s'observe chez les alcooliques sous forme d'accès passagers qui se prolongent à peine quelques minutes; elle tient à une sorte de spasme des muscles de la respiration et s'accompagne d'un sentiment d'angoisse très pénible.

Les *convulsions épileptiformes* qui sont un des symptômes les plus graves de l'alcoolisme aigu, s'observent aussi dans l'alcoolisme chronique. C'est habituellement à la suite d'une vive émotion morale ou d'un redoublement dans les excès de boissons, qu'on les voit se développer. Elles se présentent par accès irréguliers, précédés de délire, de céphalalgie, de troubles des sens, suivis d'un sommeil comateux plus ou moins prolongé et ne différant en rien des accès d'épilepsie. L'épilepsie alcoolique exerce une déplorable influence sur les facultés intellectuelles qu'elle compromet bien vite pour peu que les accès soient intenses et prolongés, et elle favorise le développement de la paralysie générale. Cependant j'ai vu plusieurs faits de ce genre s'améliorer et même guérir par une bonne hygiène et la suppression des boissons toxiques.

c. Quant aux *troubles intellectuels* observés pendant la période intermédiaire de l'alcoolisme chronique, ils sont nombreux et variés. Tantôt ce sont des hallucinations, et surtout des hallucinations de la vue, telles que nous les avons signalées, qui, se présentant en dehors de tout état aigu, jettent les malades dans une inquiétude continuelle, déterminent chez eux de véritables accès de panophobie et leur font croire qu'ils sont poursuivis par des ennemis ou par des animaux malfaisants; tantôt ce sont des idées isolées d'empoisonnement qui influent sur les actes, et amènent les extravagances habituelles des monomaniaques; il en est qui, tout en conservant la pleine conscience de leur état, sentent en eux des impulsions irrésistibles qui les portent à frapper, à tuer, à mettre le feu, à voler; d'autres ont des idées de suicide qu'ils

exécutent sous l'influence de leurs hallucinations, ou dans ces accès de désespoir qui surviennent pendant les rémittences de la maladie. Enfin, ce qui domine tous les troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication alcoolique prolongée, ce qui leur sert pour ainsi dire de fond commun, c'est l'état d'hébétude et d'abrutissement dont les malades ont parfois conscience, et qui, par ses progrès incessants, les conduit lentement à la démence.

2° *Période terminale.* — Les symptômes que nous venons d'énumérer comme propres à la période intermédiaire de l'alcoolisme, indiquent déjà une profonde altération de l'économie, et surtout des fonctions nerveuses. Cependant, malgré leur gravité, ils restent pendant quelque temps encore susceptibles de guérison : la cessation du poison, une hygiène régulière peuvent ramener à un niveau à peu près normal l'intelligence déjà si ébranlée.

Mais il est rare que l'alcoolique puisse être arrêté sur cette pente fatale : le plus souvent la persistance de l'intoxication amène des troubles irrémédiables ; c'est alors qu'on voit se produire les symptômes de la dernière période, c'est-à-dire la démence et la paralysie générale.

a. La *démence* chez les alcooliques survient lentement et progressivement, à la suite d'une série interminable de rechutes ; presque toujours elle est précédée d'une assez longue période de manie chronique avec illusions, hallucinations, et alternatives incessantes et irrégulières d'agitation et de stupeur. Confinés dans un asile, où ils jouissent d'une hygiène bien entendue et ne peuvent commettre aucun excès, ces malades finissent par se calmer et par retrouver le sommeil et l'appétit ; les uns sont incohérents, les autres ont simplement la mémoire affaiblie, et se montrent insouciants, apathiques, ne se préoccupant ni de leur position, ni du sort de leur famille ; ils répondent à peu près exactement aux questions banales qu'on leur adresse, mais, poussés à

bout, laissent entrevoir une insuffisance intellectuelle manifeste, souvent sans idées délirantes nettement accentuées. Si le médecin, cédant aux instances de leur famille, les rend à la liberté, ils restent incapables de gagner leur vie, et ont besoin d'être surveillés comme des enfants, car le moindre excès ramène des accidents aigus qui nécessitent bien vite une nouvelle séquestration. A un degré plus avancé, ces individus deviennent gâteux et malpropres, le cercle de leurs idées se restreint encore davantage, et ils ne diffèrent en rien des autres malades en démence qui remplissent les asiles; ils finissent par succomber à quelque affection intercurrente après un long séjour qui souvent fait perdre de vue le point de départ spécial de l'affection.

b. La *paralysie générale*, d'origine alcoolique, une fois qu'elle a atteint son complet développement, ne diffère en rien de la paralysie générale ordinaire; mais, dans sa période prodromique et dans la période d'invasion, elle présente une physionomie spéciale; les sujets chez lesquels elle se développe ayant depuis longtemps abusé des boissons alcooliques, présentent, en général, l'ensemble des symptômes qui caractérisent la cachexie ébrieuse et surtout les troubles musculaires : tremblement des mains, des jambes, des muscles de la langue et de la face ; ces troubles musculaires, plus sensibles après de nouveaux excès, s'améliorent par l'isolement et par un bon régime, mais à chaque rechute ils deviennent plus accentués, et il arrive un moment, difficile à préciser, où l'embarras de la parole, le tremblement vermiculaire de la langue et des muscles de la face, devenus rebelles à tous les moyens de traitement, et coïncidant avec un trouble profond et permanent de l'intelligence, indiquent qu'il s'est produit enfin une lésion dans la couche corticale; il ne s'agit plus alors d'une simple intoxication, mais d'une altération organique qui désormais ne saurait rétrograder. Les malades, ainsi frappés, sont remarquables au début par l'intensité des

ondulations fibrillaires des muscles vocaux, quelquefois ils n'ont pas de délire et offrent simplement de l'affaiblissement intellectuel, chez d'autres domine le délire hypochondriaque et mélancolique ; plusieurs, enfin, par une sorte de retentissement de l'intoxication primitive, conservent pendant longtemps encore des hallucinations très actives et surtout des hallucinations de la vue ; mais, en somme, ces diverses nuances sont insuffisantes pour constituer une espèce à part, et bientôt la maladie retombe dans la symptomatologie habituelle de la paralysie générale : idées ambitieuses, affaiblissement de la mémoire et de toutes les facultés, embarras très prononcé de la parole, évacuations involontaires et terminaison constamment fatale. Enfin, à l'autopsie, les lésions anatomiques sont exactement les mêmes que celles que nous avons décrites à propos de la paralysie générale, et ce dernier point achève de compléter l'identité des deux états pathologiques.

§ 6. — Pronostic.

La description qui précède indique assez la gravité des accidents que détermine l'intoxication alcoolique. Disons toutefois que, même à un degré assez avancé, les troubles psychiques qui reconnaissent l'alcoolisme pour point de départ sont, toutes choses égales d'ailleurs, d'un pronostic moins grave que ceux qui se développent en dehors de cette influence, la suppression de la cause pouvant même dans des cas très graves, laisser des chances sérieuses de guérison.

Mais, à part cette nuance dans le pronostic, la fréquence toujours croissante de l'alcoolisme, ses conséquences désastreuses au point de vue de l'état physique et de l'état mental, en font une des plaies de la société moderne. Il n'agit pas seulement sur l'individu dont il dégrade le corps et l'intelligence, il poursuit au delà son action si funeste, et con-

tribue puissamment à abâtardir l'espèce. Tous les médecins d'aliénés qui ont fixé leur attention sur les descendants des ivrognes, ont constaté de la manière la plus saisissante que les enfants issus d'un père ou d'une mère adonnés aux boissons alcooliques, fournissaient une proportion considérable d'aliénés, d'imbéciles, d'idiots, d'épileptiques, de scrofuleux, de sourds-muets. Plus souvent encore les enfants nés dans de semblables conditions sont exposés dans leur bas âge à des convulsions qui les emportent d'une manière presque fatale.

Parmi les faits si nombreux que révèle l'observation de chaque jour, contentons-nous de citer les trois suivants qui frappent par leur netteté.

Un homme ayant éprouvé à diverses reprises des symptômes d'aliénation mentale dus à des excès alcooliques, se marie deux fois ; avec sa première femme il a seize enfants dont quinze sont morts avant un an, au milieu de convulsions, le survivant est épileptique. Avec sa seconde femme il a huit enfants, sept ont succombé à des convulsions, le survivant est scrofuleux. Il y a eu en outre une fausse couche.

V..., marchand de vins, quarante-six ans (alcoolisme chronique avec vertiges, idées d'empoisonnement), a eu six enfants : trois sont morts avec des accidents cérébraux, une petite fille est scrofuleuse, les deux autres sont assez bien portants.

F..., âgé de cinquante ans, entré six fois à Bicêtre pour des troubles cérébraux consécutifs à des excès alcooliques prolongés pendant vingt ans, a eu seize enfants : quinze sont morts, deux à la suite de la rougeole, deux à la suite de maladies de langueur, tous les autres d'accidents cérébraux ; aucun n'a dépassé trois ans. L'enfant qui reste est épileptique et scrofuleux.

De semblables résultats, que l'on rencontre à chaque instant dans la pratique, n'ont besoin d'aucun commentaire.

§ 7. — Traitement.

Dans la majorité des cas, la folie alcoolique aiguë ne réclame qu'un traitement fort simple : l'isolement, une rigoureuse surveillance, un émétique ou même un émétocathartique pour combattre l'état saburral, des boissons acidules données abondamment, quelques bains tièdes, suffisent avec la privation des boissons alcooliques et une bonne alimentation pour que le calme reparaisse, à mesure que le poison s'élimine ; cependant, quand l'agitation est violente, un traitement plus énergique est indispensable pour abréger sa durée et prévenir toute complication.

Les saignées, bannies d'une manière absolue par certains auteurs, ne méritent pas une proscription aussi rigoureuse. Sans doute, il faut en user avec une grande prudence, car, employées d'une manière intempestive, elles peuvent amener une grande prostration de forces sans calmer le délire ; mais les congestions cérébrales intenses que l'on rencontre dans quelques autopsies font pressentir ce fait démontré par la pratique, que chez les sujets replets, pléthoriques, dont la face et les conjonctives sont vivement injectées, des émissions sanguines soit locales, soit générales, sont d'une incontestable utilité.

Les bains tièdes seront donnés avec insistance, quand l'agitation sera fort vive ; dans les cas graves, il ne faut pas craindre de recourir aux bains prolongés dont nous avons indiqué, à propos de la manie, les dangers et les avantages. Les affusions froides seront utiles dans la forme mélancolique.

Quant à l'opium, il peut être employé soit comme traitement exclusif du délire, soit à titre d'adjuvant : dans le premier cas, il faut le donner à assez haute dose et aller jusqu'à 20, 30 et 40 centigrammes d'extrait thébaïque et

même au delà, car le médicament est ordinairement très bien supporté. Des doses beaucoup moindres suffisent lorsqu'on l'administre concurremment avec les bains et les purgatifs. Tout en reconnaissant les services très réels rendus par l'opium à haute dose, dans certains cas de manie alcoolique, je n'hésite pas à le proscrire lorsque la langue est sèche et râpeuse, lorsqu'il y a pléthore et tendance à la congestion cérébrale, et à le conseiller plutôt comme un moyen accessoire que comme un moyen unique de traitement.

Si les accidents aigus de l'alcoolisme sont en général facilement curables, il n'en est pas de même des cas chroniques qui supposent déjà une modification plus profonde du système nerveux, et qui, une fois développés, s'aggravent de jour en jour par l'abus incessant et inévitable des boissons alcooliques, et par un penchant à s'enivrer qui, sans être de la dipsomanie telle que nous l'avons décrite, est à la fois une passion, une habitude, un besoin physique, et le résultat d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

Sans parler ici de la séquestration qui est le seul moyen efficace, de l'hygiène, de l'alimentation, de l'hydrothérapie et des moyens spéciaux que réclame chaque forme d'alcoolisme chronique et pour lesquels nous renvoyons à tout ce qui a été dit à propos de la pathologie spéciale, rappelons que Magnus Huss conseille à titre de médicament héroïque, surtout contre les accidents gastriques, l'huile empyreumatique qui se trouve dans l'eau-de-vie de pommes de terre et qu'il donne à la dose de 5 à 10 centigrammes, répétée cinq à six fois chaque jour.

M. Marcet (1), de son côté, a expérimenté sur un certain nombre de malades l'oxyde de zinc, qu'il regarde comme très efficace dans les symptômes nerveux de l'alcoolisme chronique. Il l'administre en poudre, à la dose de 10 centigrammes, deux fois par jour, une heure après les repas, et

(1) *Arch. de méd.*, août, p. 234, et *Lancet*, 2 avril 1854.

il augmente généralement la dose de 10 centigrammes tous les trois jours, jusqu'à ce que le malade prenne 30 ou 40 centigrammes d'oxyde en vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, il a vu des malades recouvrer le sommeil pendant que disparaissaient le tremblement, la céphalalgie, les vertiges et les hallucinations. La guérison, dit-il, était généralement assurée au bout de six semaines.

Toutes ces médications amènent une amélioration passagère dans laquelle une bonne hygiène et l'isolement jouent peut-être le plus grand rôle ; mais la facilité avec laquelle se produisent les rechutes, dès que les malades sont rendus à la liberté, fait voir bien vite que c'est moins vers le traitement curatif que vers le traitement préventif, c'est-à-dire vers la destruction du vice hideux de l'ivrognerie, que doivent être dirigés tous les efforts.

C'est dans ce but qu'a été imaginée en Suède, par Schreiber et Berzelius, la méthode qui consiste à soumettre le malade au régime exclusif des boissons et des aliments alcoolisés, de manière à lui inspirer, pour leur odeur et leur saveur, un profond dégoût. On l'isole dans une chambre ; on lui donne à discrétion une boisson contenant deux parties d'eau et une partie d'eau-de-vie ; puis on lui présente du thé, du café, contenant également un tiers d'eau-de-vie. Tous les aliments présentent le même mélange. Le premier effet produit est une ivresse progressive qui étourdit et porte au sommeil. Au bout de cinq ou six jours le sujet repousse toute préparation et aspire à l'eau fraîche ; mais il faut se garder de satisfaire ce désir et continuer jusqu'à ce que le dégoût produit soit invincible. La durée de la cure varie de quinze à vingt-huit jours (1).

A côté de cette méthode, qui a été peu expérimentée en

(1) *Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch. geschichtliche Medicin* de Damerow, 1er cahier, 1848 (*Ann. méd.-psychol.*, juillet 1850, analyse de M. Renaudin).

France, et qui, tout en étant bien incertaine dans ses résultats, ne me semble pas sans danger, il faut citer les moyens de répression morale qui tendent à détourner les populations de l'ivrognerie et à leur inspirer une aversion salutaire pour les boissons alcooliques. Les sociétés de tempérance ont rendu à ce point de vue d'incontestables services.

Fondées, dès 1813, aux États-Unis, ces associations imposent à leurs membres l'engagement formel, non-seulement de s'abstenir de toute boisson enivrante, mais encore de n'en point faire le commerce, de n'en point offrir à leurs amis, de n'en point fournir à leurs serviteurs, et d'employer tous les moyens pour en faire cesser l'usage. Après s'être multipliées en Amérique, ces institutions se sont propagées en Angleterre, en Allemagne, en Suède, et, sous leur heureuse influence, la consommation des liqueurs alcooliques a diminué dans des proportions considérables; en France, malheureusement, elles existent à peine, et la nature trop absolue des règles qu'elles imposent semble un sérieux obstacle à leur développement; il y a cependant dans le but noble et élevé qu'elles se sont proposé un sujet bien digne de fixer l'attention des médecins et de toutes les classes de la société, et qui nécessitera tôt ou tard l'intervention du législateur.

APPENDICE.

APPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Du rôle du médecin expert dans l'appréciation des questions médico-légales relatives à la folie ; une passion vive ne peut être assimilée à la folie. — De la folie simulée. — Questions médico-légales relatives à la manie : manie transitoire et ses variétés ; manie transitoire simple, liée à l'épilepsie, au travail de l'accouchement, à une impulsion instinctive, à l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, à une intoxication ; ivresse et alcoolisme. — Questions médico-légales relatives à la monomanie ; de l'absence de responsabilité des monomaniaques. — De la paralysie générale au point de vue médico-légal. — Idiotie et imbécillité. — De l'appréciation de l'état mental dans les affaires civiles ; valeur de l'intervalle lucide ; valeur du témoignage d'un aliéné. — Des mesures judiciaires applicables aux aliénés ; conseil judiciaire, interdiction.

§ 1er. — Du rôle du médecin expert dans l'appréciation des questions médico-légales relatives à la folie.

L'article 64 du Code pénal : *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action*, indique nettement le rôle que le médecin expert doit remplir dans les cas où l'on fait appel à ses lumières. Tout se borne pour lui à constater l'absence ou la réalité de cet état mental que la loi désigne sous le nom de démence, désignation impropre, non conforme aux données de la science, mais qui équivaut à celle de folie.

Les questions de médecine légale se réduisent donc à des questions de diagnostic, et ne peuvent se résoudre qu'à l'aide d'une connaissance approfondie des symptômes de la folie.

Aussi pour éviter d'incessantes répétitions, nous devrons nous borner à passer en revue les principales applications pratiques qui peuvent se déduire des faits exposés dans le cours de ce livre.

La folie entraîne avec elle la privation du libre arbitre et par suite l'irresponsabilité, mais il n'entre nullement dans le rôle de l'expert de se livrer à des considérations métaphysiques sur la liberté morale et sur la volonté; en se laissant aller sur cette pente glissante, il rencontrera inévitablement des opinions philosophiques contraires aux siennes, et entrera ainsi dans le domaine de la controverse, au lieu de rester sur le terrain beaucoup plus sûr de l'appréciation et de la démonstration du fait réel. Chez l'homme sain d'esprit, la délibération intellectuelle se fait d'après des motifs réels, appréciés d'une manière normale par un jugement et un esprit sains; et c'est à la suite de cette délibération que la volonté se manifeste librement par des actes : l'aliéné, de son côté, prend une détermination et manifeste sa volonté exactement d'après le même mécanisme, seulement ses motifs d'action sont pathologiques, ils pèsent avec une force anormale dans ses appréciations, et enlèvent aux actes de la volonté ce caractère de liberté qui résulte d'une équilibration normale des facultés. Un monomaniaque se croit poursuivi par des assassins, un halluciné entend une voix qui le menace de la mort, il s'exalte, se met en défense, ou se jette avec violence sur celui qu'il soupçonne de mauvaises intentions : son action est logique, mais c'est l'acte d'un insensé parce qu'elle a un point de départ purement imaginaire. Un autre commet un vol, il le commet en public, sans précautions, et l'oublie un instant après : en examinant ce malade on s'aperçoit que sa mémoire est affaiblie, qu'il n'a plus conscience du bien et du mal, qu'il offre de l'embarras dans la parole et tous les symptômes de la para-

lysie générale : son action est devenue indifférente parce qu'elle est sans but et sans mobile normal, parce que le jugement affaibli n'a pu la diriger.

En résumé, le médecin légiste aura rempli son mandat lorsque, chez un aliéné criminel, il aura démontré ou la nature pathologique des motifs d'action (c'est-à-dire que ces motifs répondent à une idée délirante, à une impulsion irrésistible, ou à une hallucination), ou bien l'affaiblissement du jugement et de la mémoire, qui rend le dément incapable d'apprécier la valeur morale de ses actes.

Cette délimitation de la question rend inutile toute discussion relative à la compétence des médecins dans les questions médico-légales. Il fut un temps où cette compétence fut vivement contestée (1); on répéta que tout homme avec du bon sens pouvait apprécier l'état mental d'un individu, et qu'il suffisait de le voir et de l'interroger pour se faire une opinion exacte à ce sujet. Ce que nous avons dit de la difficulté de diagnostic de certaines formes de la folie, de la lucidité apparente de quelques sujets qui dissimulent leurs idées délirantes ou leurs hallucinations, rend indispensable l'intervention médicale, tout aussi bien que s'il fallait établir qu'un individu est atteint de fièvre typhoïde ou de pneumonie; sur ce point d'ailleurs, l'opinion universelle depuis longtemps déjà n'a plus besoin d'être éclairée.

Les principes que nous venons d'établir ne permettent en aucune façon d'assimiler une passion violente à un état passager de folie, et de regarder comme irresponsable celui qui, sous l'influence de la colère, de la haine, de la jalousie, s'est laissé aller à commettre un délit ou un crime. La loi, sans doute, a reconnu que les actes commis sous l'influence

(1) *Du degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales*, et *Des théories physiologiques sur la monomanie*, Élias Regnault. Paris, 1828, in-8.

d'une passion violente n'ont plus le même caractère moral que ceux qui se sont produits pendant le calme de la réflexion. Elle déclare nul tout engagement dicté par la colère ou par la crainte (Code civil, art. 1109); les crimes commis sans préméditation, et dans un mouvement de colère ne sont pas punis avec la même sévérité que ceux qui ont été exécutés après mûre réflexion (Code pénal, art. 302, 304, 309, 310, 311); dans le cas d'adultère la loi excuse le meurtre commis par l'époux sur son épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant où il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale (Code pénal, art. 324). Les passions violentes, qu'elles soient innées comme l'amour, la peur, la colère; qu'elles soient acquises comme l'orgueil, l'ambition, l'envie, la cupidité, le fanatisme, obscurcissent, il est vrai, le libre discernement des actes et atténuent la responsabilité morale, mais ce serait aller trop loin que d'assimiler la passion à une folie passagère. Les passions, dit Georget, sont dans l'ordre naturel, elles ont un motif réel; l'homme qu'elles maîtrisent au point de l'exciter au crime, sait encore qu'il va commettre une mauvaise action dont il sera responsable devant la loi : détruisez la cause de l'orage et aussitôt le calme renaît. Sont-ce là les caractères de l'aliénation mentale? Entre les passions et la folie nous trouvons toute la différence qui existe entre un état physiologique et un état morbide, sans nous dissimuler cependant les nuances intermédiaires qui établissent entre ces deux états une certaine analogie.

§ 2. — De la folie simulée.

Un individu se présente avec les symptômes apparents de la folie. La folie est-elle réelle ou simulée?

Les individus qui simulent la folie sont ou de jeunes conscrits qui ont recours à tous les moyens imaginables pour se soustraire au service militaire, ou des accusés qui, après avoir commis un acte repréhensible, espèrent en se faisant

passer pour aliénés, éviter une condamnation qu'ils savent imminente : le premier soin du médecin légiste, dans les cas de cette nature, doit être de s'enquérir des motifs et des conditions spéciales qui pourraient pousser un individu à la simulation ; une fois ce point éclairci, on procède à l'examen médical.

En général rien n'est plus difficile à simuler que la folie : les individus qui veulent se faire passer pour aliénés partent de cette conviction populaire que tous les actes des fous sont extravagants et déraisonnables, que leurs discours offrent une complète incohérence, qu'ils ne peuvent répondre deux mots sensés aux questions qu'on leur adresse. Aussi les voit-on se livrer à des actions ridicules et évidemment affectées, et mettre leurs paroles en complet désaccord avec les questions qu'on leur pose. Si on leur demande leur âge, leur profession, leur domicile, ils feront des réponses absurdes, composées de mots rassemblés au hasard, et semblant indiquer qu'ils ne soupçonnent même pas le sens des phrases qui sont prononcées devant eux : or rien de semblable n'a lieu, même dans la folie aiguë ; un aliéné, quel que soit son état, répond à quelques-unes des questions qui lui sont adressées, surtout lorsqu'on sait réveiller ou fixer son attention. Ses réponses peuvent être empreintes de délire, incohérentes, mais elles se rattachent toujours par quelque côté, au point sur lequel on l'interroge. Cherche-t-on à faire lire ou écrire les simulateurs, leur soumet-on des pièces de monnaies, leur demande-t-on l'heure, le jour, le mois, l'année, on n'obtient que des phrases absurdes, sans suite et sans lien, dans lesquelles ils prennent le contre-pied de tout ce qu'on leur demande et se laissent aller à des inconséquences et à des contradictions systématiques qui mettent bien vite sur la voie de la vérité le médecin expérimenté.

Il faut en outre savoir que dans cette forme de simulation qui offre de lointaines analogies, soit avec la démence, soit

avec l'imbécillité, les sujets en arrivent en quelques heures, en quelques jours, à l'incohérence, et font des réponses niaises et absurdes, alors même que quelques jours auparavant ils jouissaient de l'intégrité de leur raison ; bien plus, ils répondent sensément pendant quelques heures, et reviennent ensuite à l'incohérence, selon les besoins de la cause. Or, on sait que la démence et l'imbécillité ne se développent pas ainsi instantanément, et qu'une fois développées, elles suivent une marche qui exclut toute intermittence.

Toutes les fois que la simulation se présente dans de semblables conditions, le diagnostic ne saurait offrir de sérieuses difficultés; il n'en serait plus de même si un individu ayant quelques notions sur la folie venait à simuler non pas un affaiblissement de l'intelligence, mais une idée délirante, une hallucination. Comment constater l'allégation d'un homme affirmant entendre une voix qui le pousse à des actes de violence et d'homicide ? Que dire d'un sujet qui se renferme pendant des mois entiers dans un silence obstiné, et dont on suspecte l'état mental ?

Dans l'impossibilité de préciser à l'avance toutes ces variétés de simulation, contentons-nous d'indiquer les règles générales qui doivent servir de guide à l'expert dans l'examen médico-légal des cas de cette nature. Il doit, avant tout, s'enquérir des antécédents héréditaires du sujet, des premiers phénomènes morbides qu'il a offerts, car jamais la période prodromique ne fait défaut, et de toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'acte incriminé. Dans l'interrogatoire, il amènera la conversation sur des sujets capables d'émouvoir, en ne perdant jamais de vue l'expression de la physionomie et des gestes, et en dirigeant les questions selon la voie que le prévenu trace lui-même par ses réponses. Un ou deux interrogatoires suffisent rarement ; il faut, dans les cas douteux, que le sujet soit mis en obser-

vation dans un asile où l'on ne perde aucune de ses paroles, aucun de ses gestes; on l'observera la nuit et le jour, et à son insu, car beaucoup d'entre eux cessent leur rôle dès qu'ils se croient à l'abri de tout regard; en interrogeant les personnes chargées de cette surveillance spéciale, on tiendra très grand compte de leurs appréciations personnelles : les gens de service qui vivent continuellement avec les aliénés finissent par acquérir un coup d'œil qui trompe rarement, et ils distinguent bien vite, au milieu de leurs malades, un individu qui simule la folie. Après l'avoir vivement harcelé pendant quelques jours, on le laissera peu à peu en repos, de manière à endormir sa défiance et à le surprendre plus facilement; on l'engagera à lire et écrire, on créera pour lui quelque situation embarrassante pour observer sa manière d'agir. Enfin, on ne négligera pas l'examen des symptômes physiques : on peut imiter le délire, mais il n'en est pas de même de certains phénomènes, comme l'insomnie, à laquelle les simulateurs ne songent guère, et qui est pourtant un symptôme si important dans l'appréciation de la folie.

L'examen a dû quelquefois être prolongé pendant des mois et même pendant une année entière, ainsi qu'il est arrivé en Allemagne pour le procès de Stockhausen (1), qui a donné lieu à tant de débats contradictoires. Chez des sujets moins tenaces, quelques vigoureux moyens de répression suffisent pour mettre fin à la simulation : des cautérisations au fer rouge, des douches interrompues par un interrogatoire pressant, le séjour prolongé au milieu d'un quartier d'épileptiques, ont amené l'aveu forcé d'une simulation qui avait résisté jusque-là à tous les moyens employés. Je mentionne seulement pour mémoire l'éthérisation vantée par M. Morel dans les cas difficiles; d'après cet auteur, au milieu du délire

(1) *Ann. méd.-psychol.*, p. 109.

déterminé artificiellement par les inhalations éthérées, on verrait se produire des manifestations en rapport avec l'état mental réel du sujet : mais ce moyen n'a pas été suffisamment expérimenté pour qu'on puisse connaître sa véritable valeur.

Il est assez curieux de noter que la simulation prolongée de la folie peut exercer une influence fâcheuse sur l'état des facultés intellectuelles : des sujets qui avaient tenté inutilement de se faire passer pour aliénés, ont avoué eux-mêmes que dans certains moments ils éprouvaient des vertiges et de la confusion des idées qui leur faisaient craindre pour leur raison, et l'on rapporte que deux marins français, prisonniers sur les pontons, ayant simulé la folie pour échapper à la captivité, finirent à la longue par devenir aliénés.

§ 3. — Questions médico-légales relatives à la manie.

Manie. — L'accès de manie complet donne rarement lieu à des discussions médico-légales. L'agitation, le délire, sont des symptômes tellement évidents que nul ne peut songer à les contester, et qu'il faut uniquement se mettre en garde contre des essais de simulation, plus difficiles dans cette forme d'aliénation mentale que dans toute autre, et que l'on découvrira sans peine à l'aide des règles générales que nous avons tracées plus haut.

Mais à côté de l'accès maniaque avec ses symptômes, sa marche et sa durée habituelles, on observe des cas de manie transitoire remarquables par l'instantanéité de leur explosion, par leur disparition non moins subite au bout de quelques heures, de quelques minutes, et enfin par les actes de violence qui peuvent être commis pendant leur courte durée. Ces accès passagers, d'autant plus difficiles à étudier qu'ils ne laissent après eux aucune trace, ont été désignés sous le nom général de folie *instantanée*, folie

transitoire, et leur existence a été démontrée par plus d'un procès célèbre. Soumis à une analyse attentive, ces faits qu'il est impossible de rattacher à une forme unique de maladie mentale, et que cependant nous réunissons ici dans une description et une discussion communes pour mieux faire ressortir leurs analogies, se décomposent, quant à leur point de départ et à leur mode d'interprétation, en un certain nombre de variétés dont la connaissance est importante pour le médecin légiste, car elle lui indique dans quel sens il doit diriger ses investigations.

1° *Manie transitoire simple.* — Parmi les faits de folie transitoire, il en est, mais ceux-là sont les plus rares, qui sont purement et simplement des accès de manie dégagés de toute complication, ayant à peine un jour ou quelques heures de durée, et donnant lieu à des actes de violence qui nécessitent l'intervention judiciaire. Une émotion morale très vive, l'insolation, l'époque menstruelle peuvent souvent rendre compte de ce délire passager, facilement reconnaissable à l'incohérence des idées, à la violence aveugle des actes, enfin à tous les traits de l'accès maniaque ordinaire, se développant et disparaissant dans un court espace de temps.

2° Il arrive beaucoup plus fréquemment que la folie transitoire se rattache à la *manie épileptique*, et que ce point de départ reste quelque temps méconnu ; l'accès épileptique peut ne se produire que la nuit, ou bien, même en plein jour, le vertige est quelquefois si fugitif, si peu accentué, qu'il passe inaperçu et que l'attention se porte exclusivement sur le délire consécutif, caractérisé, comme nous le savons déjà, par son explosion instantanée, par ses impulsions homicides, par son caractère de violence et de fureur, par sa disparition rapide après l'accomplissement d'actes graves dont le malade ne conserve pas le plus léger souvenir. L'épilepsie est si fréquemment le point de départ d'un accès

de folie transitoire, qu'il faut toujours diriger de ce côté ses premières recherches, s'enquérir des accidents antérieurs pouvant avoir quelque analogie avec l'épilepsie, rechercher les morsures de la langue, enfin, éclairer à tout prix la question d'étiologie, qui à elle seule juge la question médico-légale. Marc (1) rapporte, d'après un auteur allemand, le fait suivant comme exemple de folie transitoire : Un fonctionnaire public, généralement estimé, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'une nuit il se réveille tout à coup. Sa respiration est stertoreuse ; sa femme veut le secourir, mais il l'assaille avec la plus violente fureur, la maltraite horriblement et fait tout ce qu'il peut pour la jeter par la fenêtre. Après une demi-heure de lutte, il s'affaiblit et les cris de sa victime font arriver du secours. Un vomitif fait cesser ce court accès de manie, et depuis quatorze ans, il ne s'en est pas manifesté d'autres. Dans cette respiration stertoreuse mentionnée par Marc, sans que son attention s'y soit arrêtée, comment ne pas reconnaître la fin d'un accès d'épilepsie qui explique ce court accès de fureur?

3° *Manie liée au travail de l'accouchement.* — On a cité des cas où le travail de l'accouchement, par les vives douleurs qui l'accompagnent, par l'ébranlement profond qu'il imprime au système nerveux, avait déterminé un accès passager de manie, et dans certains cas d'infanticide on a cherché à expliquer par ce délire momentané les violences exercées par la mère sur l'enfant qui vient de naître. Osiander (2), Prost (3), Montgomery (4), Helm (5), Cazeaux (6), Boileau

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840; t. II, p. 510.

(2) Voyez Dr Iorg, *Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangern und Gebärenden*. Leipzig, 1837, p. 326, 327.

(3) Prost, *Deuxième discours sur la folie*, p. 25.

(4) *Dublin journal of medical science*, mars et mai, 1834.

(5) *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1840, t. IV, p. 498.

(6) Cazeaux, *Traité d'accouchements*.

de Castelnau (1), ont rapporté des observations qui prouvent qu'un égarement momentané de l'esprit, un délire maniaque passager pouvaient se manifester avec le moment des plus vives douleurs de l'enfantement et coïncider soit avec l'expulsion du fœtus, soit avec l'expulsion du placenta. Ces faits peuvent donc se rencontrer, mais ils sont infiniment rares, et il faudra dans la pratique une réunion de circonstances bien probantes pour arriver à démontrer qu'il a existé au moment de l'accouchement un accès passager d'aliénation mentale. « Je ne connais pour ma part, dit M. le professeur Tardieu (2), et j'ai vu aujourd'hui plus de trois cents cas d'infanticide, pas un seul fait probant qui démontre que sous l'influence de la douleur de l'enfantement une femme ait été prise d'une fureur homicide transitoire et ait tué son enfant... » Lorsque les femmes convaincues d'infanticide se défendent en disant qu'elles ont perdu la tête, qu'elles ne savent ce qu'elles ont fait, le devoir du médecin légiste est de n'établir la folie qu'indépendamment des faits de l'accouchement, et sur des preuves certaines.

3° La folie transitoire peut consister en une *impulsion irrésistible* de très courte durée, se développant presque instantanément chez un individu sain d'esprit en apparence, et disparaissant après la perpétration de l'acte. Rien de plus délicat en médecine légale que l'appréciation des faits de cette nature, qui exigent de la part de l'expert une grande lucidité d'exposition et une démonstration bien nourrie s'il veut entraîner la conviction de ceux qui l'écoutent. Il faut, dans l'examen médical, s'appuyer non-seulement sur les règles que nous avons indiquées, mais encore sur les caractères spéciaux assignés à la monomanie impulsive. On appréciera les motifs et le but probable de l'acte, le récit du malade, ses impressions, ses explications, son attitude;

(1) *Ann. d'hyg. publique et de méd. légale*, 1851, t. XLV, p. 215, 237.
(2) *Ibid.* Paris, 1859, t. XII, p. 236.

on cherchera s'il a présenté quelques-uns des symptômes physiques propres à la monomanie impulsive; enfin, et ce point est capital, on se livrera à une enquête sévère sur ses antécédents héréditaires, sur son caractère, ses habitudes intellectuelles, sa manière d'être, sur tous les incidents de sa vie capables de jeter quelque lumière sur ce sujet. Il est impossible qu'en suivant cette marche on n'arrive pas à un ensemble de preuves capable d'établir l'affirmative ou la négative sur des bases irrécusables.

4° Ce que nous avons dit sur l'influence toute spéciale de l'*état intermédiaire à la veille et au sommeil* nous dispense de revenir sur cette cause d'égarement momentané de l'esprit; des hallucinations développées pendant le rêve ou même dans l'état d'assoupissement, ont pu se prolonger pendant l'état de veille et devenir la cause d'actes homicides dont il existe plus d'un exemple, et dont l'exécution ne saurait entraîner aucune imputabilité. Il reste entendu que les circonstances accessoires, telles que la nature de l'acte incriminé, l'intérêt que l'inculpé peut avoir à le commettre, le mode habituel de réveil et les antécédents héréditaires doivent toujours être pris en considération dans l'examen de ces faits d'ailleurs assez rares.

6° L'*intoxication* par certaines substances narcotiques détermine un délire passager qui enlève momentanément toute responsabilité morale, à moins que l'empoisonnement n'ait eu lieu volontairement et dans le but spécial de commettre une action préméditée. Les solanées vireuses, l'opium et quelques autres substances produisent ainsi des actes de fureur dus à des hallucinations ou à un délire complet. Le médecin légiste remontera facilement, en tenant compte des commémoratifs et des symptômes observés, à la cause du délire, et constatera le degré de l'intoxication au moment où l'acte incriminé a été commis.

7° L'*ivresse* peut enfin donner lieu à un accès de folie

transitoire, et les accidents qui en résultent amènent bien souvent des actions judiciaires dans lesquelles le médecin est appelé à intervenir.

Les moralistes et les législateurs grecs, et à leur tête Aristote, n'admettaient pas que l'ivresse fût un motif d'excuse ou d'atténuation du délit ; loin de là, ils la considéraient comme un état de dégradation volontaire, aggravant la culpabilité, ils punissaient à la fois et le délit et l'habitude. Cette législation, défendue par Barthole, passa dans les usages du moyen âge, et, en 1536, une ordonnance de François Ier, qui punissait l'ivrognerie de peines publiques, portait, quant aux délits commis dans l'ivresse, une disposition ainsi conçue : « S'il advient que par ébriété ou chaleur de vin les ivrognes commettent aucun mauvais cas, ne leur sera pour cette occasion pardonné, mais seront punis de la peine due audit délit et davantage pour ladite ébriété, à l'arbitrage du juge. »

Les Statuts d'Angleterre ont maintenu cette sévérité traditionnelle; ils proclament l'entière responsabilité des crimes commis pendant l'ivresse.

D'un autre côté, la loi romaine, usant de moins de rigueur, appliquait à l'ivresse la distinction signalée dans le droit romain relativement aux actes commis avec intention ou, au contraire, dans un état d'exaltation momentanée; les individus en état d'ivresse étaient assimilés aux idiots, aux enfants, aux aliénés, aux gens emportés par une passion violente, et leur responsabilité légale était regardée comme nulle.

A son tour, le code d'Autriche établit quelques distinctions importantes. Il sépare l'ivresse complète de l'ivresse incomplète, n'attribuant qu'à la première l'absence d'imputabilité pénale. Il distingue l'ivresse imprévue de l'ivresse procurée : un homme qui cherche dans des liqueurs enivrantes l'audace nécessaire pour exécuter un mauvais dessein ne sau-

rait évidemment trouver une excuse dans un état d'ivresse ainsi prémédité (1).

Le Code français, plus circonspect, a gardé le silence sur l'ivresse, et ce n'est qu'indirectement et en assimilant cet état à la démence, que notre jurisprudence permet, en vertu de l'article 64 du Code pénal, d'invoquer en sa faveur le bénéfice de la non-responsabilité. Sur ce point, d'ailleurs, et sur la manière d'interpréter la loi, les jurisconsultes sont singulièrement partagés : tandis que MM. Rossi, Ortolan, Faustin Hélie, refusent de voir un coupable dans l'homme qui a commis un crime ou un délit en état d'ivresse, et admettent même dans la demi-ivresse un élément d'atténuation et de dégradation de la culpabilité, d'un autre côté, de nombreux arrêts de cours criminelles semblent établir que l'ivresse, en aucun cas, ne supprime ou n'atténue la culpabilité (2).

Quoi qu'il en soit de ces dissidences et des circonstances qui peuvent influer sur l'opinion des juges dans chaque cas particulier, il est incontestable que l'ivresse, envisagée en dehors de sa moralité, amène avec elle un état passager d'aliénation mentale, et qu'elle supprime momentanément la liberté morale.

Entre l'ivresse proprement dite et l'accès de folie transitoire, suite de l'ivresse, il existe des nuances parfois très difficiles à apprécier : je ne parle pas ici des formes de folie que nous avons étudiées, à propos de l'alcoolisme, et qui se présentent avec des caractères si tranchés sous le rapport des symptômes et de la durée que personne ne peut les méconnaître, mais bien d'un égarement d'esprit momentané que l'on a décrit comme consécutif à l'ivresse, et qui n'en diffère en réalité que parce que le délire s'est prolongé au delà de l'effet ordinaire des boissons enivrantes. Lors-

(1) Marc, *De la folie*, t. II, p. 565 et suiv.
(2) Recle, *De l'alcoolisme*, note, p. 114.

qu'un acte grave, un meurtre, un vol, un incendie aura été commis dans des circonstances de ce genre, outre le fait de l'ivresse qui se prouve facilement par les récits des témoins et par l'incohérence des paroles ou des actes, il faut que le médecin expert mette en relief, s'il y a lieu, l'état mental habituel du sujet, sa nature sombre et mélancolique, ses antécédents héréditaires fâcheux, les impressions morales pénibles qu'il a pu récemment éprouver : c'est en effet dans des conditions de ce genre que les boissons alcooliques, et surtout l'eau-de-vie et l'absinthe, impriment à l'état intellectuel de l'ivresse, un cachet de gravité tout particulier, des idées sombres, avec tendance au suicide, une irritabilité extrême, des projets de vengeance, des idées de violence et de meurtre bien vite réalisées.

Telles sont les circonstances que le médecin doit faire valoir pour établir l'absence passagère de liberté morale; mais en parcourant les faits de ce genre, épars dans les recueils, il me paraît bien difficile, au point de vue pratique, de séparer la folie transitoire, suite de l'ivresse, de l'ivresse proprement dite, et par conséquent de lui enlever complétement le caractère d'imputabilité que la loi française et la plupart des arrêts assignent encore à l'ivresse.

§ 4. — Questions médico-légales relatives à la monomanie.

La mélancolie, telle que nous l'avons décrite, se présente avec des symptômes tellement caractérisés qu'elle ne peut guère soulever de difficultés sérieuses au point de vue médico-légal; mais il n'en est pas de même des monomanies.

Sans insister de nouveau sur les caractères spéciaux des trois variétés de monomanies que nous avons admises, monomanie intellectuelle, sensoriale et impulsive, contentons-nous de rappeler qu'il n'est aucune forme de maladie mentale qui, tant au point de vue médico-légal qu'au point de

vue pathologique, ait été appréciée d'une manière plus variable.

Et, en effet, les gens du monde, les magistrats, et même quelques médecins, voyant un individu ne déraisonner en apparence que sur une idée ou une série d'idées très limitée, ont été conduits à admettre qu'en dehors de ses fausses conceptions cet homme jouissait de sa raison, qu'il était, par conséquent, responsable de ses actes toutes les fois que ces derniers n'étaient pas en rapport direct avec les idées délirantes habituelles. Cette opinion, qui conclut à la responsabilité partielle des monomaniaques, est contraire à tout ce que l'expérience nous apprend sur la véritable nature du délire partiel. Une idée délirante, même isolée, ne tarde pas à exercer son action dominatrice sur toutes les conceptions intellectuelles; les actes, les crimes ou les délits qui, au premier abord, semblent totalement étrangers à la conception délirante prédominante, s'y rattachent constamment par une association d'idées parfois lointaine, mais toujours parfaitement logique et facile à dérouler. Un hypochondriaque, après plusieurs années de souffrances, après des démarches déraisonnables et des actes extravagants, ayant uniquement pour but le soin de sa santé, en vient à concevoir des sentiments de haine contre son médecin, et essaye de l'assassiner parce qu'il lui a prescrit, il y a douze ans, des bains de rivière auxquels il attribue tous ses maux (1). Un autre croit avoir trouvé le mouvement perpétuel : absorbé d'abord par ses calculs et par la joie de sa découverte, il en arrive à se livrer à des actes de violence envers ceux qui l'entourent; c'est qu'il voit autour de lui des envieux qui veulent lui dérober son secret, et lui tendent des piéges et des embûches.

Ces irradiations d'une idée délirante prédominante enlè-

(1) Marc, *De la folie*, t. II, p. 14.

vent au monomaniaque toute responsabilité morale, et c'est un principe que le médecin doit tout d'abord établir; il procédera ensuite à l'examen clinique du sujet incriminé, et recherchera la présence ou l'absence d'une idée délirante, d'une hallucination ou d'une impulsion instinctive, en se fondant sur les caractères physiques et intellectuels que nous avons assignés à ces diverses monomanies. Qu'il s'agisse d'un halluciné, d'un monomane homicide, d'un pyromane, la marche à suivre est exactement la même; il est bon toutefois de mettre en relief ou de discuter certaines circonstances accessoires qui peuvent aider à séparer nettement l'aliéné du criminel.

1° Le criminel tue pour satisfaire une passion, pour voler, pour se débarrasser d'un témoin importun; un intérêt quelconque arme son bras. L'aliéné tue quelquefois sans mobile, ou ce mobile est une idée délirante; il sacrifie les personnes qui lui sont les plus chères, un enfant, un mari, ou bien un inconnu, un indifférent, une personne qu'il n'aura jamais vue.

2° Une fois l'acte commis, le monomaniaque avoue son crime, il ne cherche pas à le cacher, il en raconte tous les détails et souvent va se remettre entre les mains de la justice; bien plus, l'acte une fois exécuté sert quelquefois de crise à l'accès, et est suivi d'une sorte de détente pendant laquelle l'aliéné peut avoir conscience de l'acte qu'il a commis, le déplore et le maudit. Rien de semblable chez le criminel qui nie l'acte qu'on lui impute et ne se décide souvent qu'à la dernière extrémité à faire des aveux.

3° Quant à la préméditation dont on a voulu faire un argument péremptoire pour nier l'aliénation mentale, il suffit d'avoir suivi de près des malades pour savoir combien cette preuve a peu de valeur. Le monomaniaque poussé par des idées de suicide ou d'évasion, combine ses projets avec une ruse, une patience, une habileté qui déconcertent la plus

active surveillance et ne laissent pas subsister un seul instant cette opinion des gens du monde, qui se figurent que l'aliéné doit nécessairement manquer de toute présence d'esprit, de toute prévoyance.

4° Certaines conditions étiologiques que souvent on fait ressortir pour arriver à prouver l'existence d'une monomanie, ne doivent être acceptées qu'avec une très grande réserve. C'est ainsi qu'on admet volontiers que l'état de grossesse détermine chez certaines femmes, d'ailleurs saines d'esprit, des impulsions irrésistibles qui prennent le rang et l'importance d'une véritable monomanie. Marc rapporte le fait d'une dame riche et appartenant à une classe élevée de la société, qui, étant enceinte, déroba une volaille exposée chez un rôtisseur, dans le but d'apaiser le vif appétit que l'odeur et la vue de ce plat avaient développé en elle; on trouve dans Ossiander, dans Roderic a Castro, des histoires plus ou moins vraisemblables relatives à des femmes enceintes qui étaient prises d'un désir irrésistible de mordre ou de battre; mais, ainsi que j'ai essayé de le prouver autre part, cette influence que je ne nie pas d'une manière absolue, a été singulièrement exagérée. La grossesse peut déterminer des troubles dyspeptiques variés, capables de faire convoiter tel ou tel aliment avec une ardeur immodérée, mais jamais à elle seule elle ne détermine d'impulsions irrésistibles; aussi le médecin légiste appelé à décider de la situation mentale d'une femme enceinte qui cherche à excuser par sa position et par une impulsion irrésistible un délit ou un crime qu'elle aura commis, devra se borner à un examen approfondi de l'état mental, en se rappelant que la vérité ressortira bien plus des circonstances qui ont précédé ou accompagné le délit, que de la considération de l'état de grossesse qui jamais ne servira de preuve directe.

§ 5. — De la paralysie générale au point de vue médico-légal.

La paralysie générale, à sa première période, peut entraîner à des actes de violence; mais les questions médico-légales que cette maladie soulève se rattachent bien souvent à des affaires civiles, ou à des accusations de vol ou de fraude, suite de graves erreurs de comptabilité. Quand la maladie débute d'une manière insidieuse, comme dans la variété paralytique, quand le sujet n'offre aucune idée délirante et se conduit, en apparence, comme un homme raisonnable, tout en ayant un léger embarras dans la parole et des troubles sérieux de la mémoire, le médecin a besoin d'une connaissance approfondie des prodromes souvent obscurs de la maladie pour asseoir son opinion au premier coup d'œil, mais un examen suivi ne laissera planer aucun doute dans son esprit. Outre les troubles de la motilité, il constatera que les faits incriminés portent dans leur mode d'exécution l'empreinte de la faiblesse intellectuelle et de l'imprévoyance qui caractérisent dès le début la démence paralytique; les vols sont commis avec maladresse, et aucune mesure n'est prise pour les dissimuler; loin de chercher à utiliser les objets volés, les paralytiques les accumulent, les égarent et n'ont conscience ni de leur valeur vénale, ni de la portée morale de l'acte qu'ils ont commis. Il en est de même dans les cas où de graves erreurs d'écriture éveillent d'abord l'idée de fraude et de mauvaise foi; la grossièreté des méprises et des omissions, l'absence de tout effort pour les dissimuler, l'insouciance et l'apathie des sujets, dirigent l'attention vers un état mental qu'un examen ultérieur ne tarde pas à confirmer.

Ce que nous avons dit des rémittences dans le cours de la paralysie fait pressentir les difficultés et les contestations que cette situation peut soulever. Lorsque chez un paralytique les idées délirantes disparaissent, lorsque les troubles de la

motilité s'atténuent à leur tour, les gens du monde, les magistrats croient volontiers à une guérison en présence d'un malade qui cause comme tout le monde, réclame sa liberté et proteste contre sa réclusion et contre les mesures qui ont été prises contre lui. Mais nous savons que ces sujets, malgré l'amélioration considérable qui s'est produite dans leur état, restent, avec les apparences de la raison, dans un état d'infériorité intellectuelle qui les rend accessibles à toutes les suggestions venant du dehors, et que d'ailleurs l'imminence d'une rechute doit toujours être présente à l'esprit de ceux qui doivent décider de la somme de liberté qui leur sera accordée. Le degré de la rémittence doit encore être pris en grande considération, lorsqu'il faudra décider soit de la mise en liberté, soit de la levée du conseil judiciaire, soit même de la levée de l'interdiction qui ne devra être faite que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et après une longue épreuve.

Quant à la *démence* non compliquée de paralysie, quel que soit son point de départ, elle entraîne complétement l'absence de responsabilité morale, et l'enquête médico-légale n'offre de difficulté réelle que dans les cas où la maladie est à son début et où l'incohérence ne devient manifeste qu'au bout d'une conversation soutenue pendant un temps suffisamment long.

§ 6. — Idiotie et imbécillité.

L'idiotie donne rarement lieu à des contestations médico-légales, l'état des sujets ne permettant à première vue aucune espèce de doute. Il n'en est pas de même de l'imbécillité à un degré peu avancé : les imbéciles, avec leurs penchants pervers, avec leur propension au vol, à l'incendie, au vagabondage et à toutes sortes de mauvaises actions dont ils ne peuvent apprécier la valeur morale, sont fréquemment l'objet de poursuites judiciaires, et il n'est pas rare de voir leur état

rester méconnu après un examen trop superficiel. Un interrogatoire approfondi sur leur existence, sur leur travail, sur la manière dont ils jugent les choses de la vie, permettra d'apprécier la portée de leur intelligence, sans qu'on se laisse égarer par les instincts brillants qui masquent quelquefois l'insuffisance de leur esprit. Il faut avoir soin, dans l'examen de ces sujets, de rechercher en même temps les arrêts de développement organique qui viennent donner un appui indirect à l'existence d'une conformation défectueuse du système nerveux.

L'imbécillité se complique souvent d'ivresse, de délire alcoolique ou d'un accès de folie surajouté, et il faut quelquefois faire la part, au point de vue médico-légal, de ces deux états pathologiques.

§ 7. — De l'appréciation de l'état mental dans les affaires civiles.

L'appréciation de l'état mental dans les affaires civiles est fondée sur les mêmes principes que pour les affaires criminelles, aussi nous nous bornerons ici à de simples indications.

C'est principalement à propos de donations, de testaments, de conventions commerciales, quelquefois à propos de projets de mariage que le médecin est appelé à donner son opinion sur l'état mental d'un individu.

L'art. 901 du Code civil est formel : pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit.

Le rôle du médecin appelé comme expert à propos d'une donation attaquée par un tiers, est bien simple quand le donateur est encore vivant, puisqu'il se borne alors à l'examen médico-légal de la capacité intellectuelle de ce donateur. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'un testament; il faut alors recourir à deux ordres de preuves pour fonder une opinion motivée : 1° preuves tirées de l'enquête faite

par les soins de la justice sur l'état habituel du testateur ; 2° preuves tirées du document écrit, du testament lui-même.

1° L'enquête sur le testateur décédé, sur son genre de vie, sur ses antécédents héréditaires, sur son caractère, ses penchants, son intelligence, sur les modifications qui se sont produites dans sa manière d'être depuis un temps déterminé, se fera sans peine à l'aide des documents écrits, des dépositions des témoins, des certificats médicaux : au milieu de ces pièces souvent contradictoires, il faut que l'expert sache s'appuyer sur des faits précis en éloignant tout ce qui lui paraîtra vague et douteux. Il va sans dire que la moralité des témoins, leurs connaissances plus ou moins spéciales, donneront un poids variable à leurs appréciations.

2° L'examen du testament lui-même est d'une haute importance, et dans quelques cas peut suffire à lui seul pour entraîner la conviction du médecin.

On peut trouver en effet dans ce document l'expression d'idées délirantes très nettement accentuées. Tel est, par exemple, ce testament cité par Marc, dans lequel l'aliéné qui termina sa vie par un suicide, en proie depuis longtemps à des idées de persécution, énumère dans son testament les complots dont il a été victime, les machinations qui se sont organisées autour de lui, puis révoque dans divers codicilles des legs destinés à des individus que plus tard il avait enveloppés dans ses soupçons ; dans ce cas et dans les cas analogues, le doute n'est pas longtemps permis.

Non-seulement il faut tenir compte des fausses conceptions exprimées dans un testament, mais encore il est nécessaire d'examiner minutieusement le corps de l'écriture, de le comparer à l'écriture normale du sujet, de tenir compte de la direction et de la régularité des lignes, du style, de l'orthographe, de l'intégrité des mots; toutes ces précautions sont d'autant plus importantes que la plupart des testaments dans lesquels il y a eu captation, sont rédigés par des malades

en état de démence paralytique. Or, dans la paralysie générale, à mesure que les troubles intellectuels et les troubles musculaires font des progrès, l'écriture s'altère visiblement. Elle perd sa précision et sa régularité, et prend le caractère enfantin : les lignes deviennent divergentes, irrégulières, les linéaments sont tremblés surtout aux jambages, les lettres sont mal dessinées, et leur ensemble offre à peine quelques traits lointains de ressemblance avec l'écriture du sujet avant qu'il ne tombât malade. En même temps les phrases sont mal construites, irrégulières, la ponctuation manque, on trouve des mots passés, des syllabes omises, des fautes d'orthographe inusitées, des erreurs de date grossières : alors même qu'on ne rencontre l'énonciation d'aucune idée délirante, l'aspect de l'écriture d'un paralytique comparée à l'écriture du même individu en état de santé, est véritablement frappant, et suffit à lui seul pour établir l'état du sujet au moment où le document a été écrit.

Chez les monomaniaques, l'examen de l'écriture elle-même fournit des documents moins précis et moins concluants; toutefois il est certaines particularités qui peuvent venir en aide au médecin dans les cas douteux : les monomaniaques dans leurs écrits soulignent un grand nombre de mots, ils leur donnent, d'après des idées systématiques, une accentuation et une ponctuation à part, ils inventent des dénominations nouvelles, et, lorsqu'ils sont polyglottes, accolent souvent l'un à l'autre des mots appartenant à diverses langues; il leur arrive enfin d'intercaler au milieu de leurs phrases des signes auxquels ils attachent une valeur spéciale en raison même de leurs préoccupations délirantes.

§ 8. — De la valeur de l'intervalle lucide.

Quelle peut être la valeur d'un acte, quel qu'il soit, contracté pendant un intervalle lucide? Ici, comme pour les actes qui appartiennent à la justice criminelle, la lucidité plus

ou moins complète du contractant est le point que le médecin doit établir, et pour cela nous devons renvoyer à ce qui a été dit précédemment des intermittences dans les maladies mentales. La monomanie comporte des moments de calme, de rémission, mais jamais elle n'offre d'intermittence à proprement parler jusqu'au jour de la guérison ; l'idée délirante ou la série d'idées délirantes persiste au fond de l'intelligence, et peut influer en tout temps et en tout lieu sur les déterminations de l'aliéné. La manie, la mélancolie et quelquefois la folie à double forme peuvent seules faire admettre la possibilité d'un intervalle lucide complet, mais on comprend de combien de renseignements le médecin s'entourera avant de se prononcer d'une manière affirmative. Il devra savoir si la lucidité est relative ou si elle est complète, si l'intervalle lucide a été suffisamment long, si l'acte a été contracté un certain temps avant la rechute ou après la disparition des troubles intellectuels, toutes circonstances qui doivent être prises en grande considération.

§ 9. — De la valeur du témoignage d'un aliéné.

Quant au témoignage d'un aliéné dans l'instruction d'une affaire judiciaire, jamais, d'une manière générale, il ne pourra être accepté sous la foi du serment et comme valable de tous points : sous ce rapport, l'aliéné se trouve assimilé avec raison au mineur chez lequel on suppose, en raison de son jeune âge, le manque de discernement : la forme et le degré de la maladie mentale, la nature des idées délirantes, influent singulièrement sur l'exactitude des faits énoncés par l'aliéné et sur le degré de confiance qu'on doit leur accorder. Si l'idiot et le malade en démence ne peuvent jamais fournir que des renseignements fort confus et fort suspects, il n'en est pas de même du monomaniaque dont les éclaircissements méritent souvent beaucoup d'attention et peuvent mettre sur la trace des faits les plus importants ; mais, je le répète, ce

sont de simples renseignements n'ayant de valeur que grâce aux circonstances qui viennent les corroborer, et aux résultats de l'enquête qu'ils peuvent provoquer.

§ 10. — Des mesures judiciaires applicables aux aliénés.

Diverses mesures judiciaires doivent être prises vis-à-vis de l'aliéné pour sauvegarder sa personne et ses biens, et en même temps pour défendre sa famille et la société contre les actes de folie qu'il peut commettre.

Parmi ces mesures, la plus grave est l'interdiction qui prive l'aliéné de tous ses droits civils. L'interdiction des aliénés, sur laquelle on a beaucoup disserté, ne devra jamais être prononcée d'emblée dans les cas où la maladie mentale offre des chances sérieuses de guérison, ou menace de se terminer promptement par la mort : en ayant recours à des mesures provisoires, on sauvegarde la fortune, on évite à la famille une disposition légale pénible dont les conséquences peuvent rejaillir sur les enfants, enfin on n'expose pas un convalescent à se trouver plus tard, au moment où il revient à lui, frappé d'une incapacité civile qui l'humilie et qu'il pardonne difficilement aux personnes de son entourage. Cette règle ne souffre d'exception que dans les cas où des intérêts majeurs exigent une solution immédiate, et où, dès le début, comme dans la paralysie générale, on soupçonne l'incurabilité.

Mais quand la folie se prolonge, quand, après de longs délais et un examen approfondi de la question, on constate que la personne et la fortune du malade se trouveraient compromises par des mesures insuffisantes, l'interdiction devient rationnelle et légitime. Sans doute, il y a plus d'une défectuosité dans les dispositions légales qui régissent l'interdiction des aliénés ; on voit trop souvent, par exemple, des tuteurs d'aliénés ne consacrer qu'une minime portion de la fortune de leurs pupilles à leur entretien et à leur bien-être,

et accumuler le reste des revenus en faveur d'héritiers avides; mais à côté de ces défectuosités de la loi, c'est un véritable paradoxe que de soutenir, comme on l'a fait récemment, que l'interdiction de l'aliéné est un attentat à la liberté individuelle, qu'on doit le laisser, selon sa fantaisie, dissiper sa fortune et ruiner ses enfants. La privation des droits civils ne doit pas être accordée à la légère, mais, appliquée à temps, dans les cas où l'expérience démontre que l'individu est hors d'état de diriger sa personne et ses biens, c'est une mesure éminemment conservatrice qui sauvegarde les intérêts du malade et ceux de sa famille. Elle permet de donner plus de liberté à certains malades et de rendre quelquefois à la société l'aliéné inoffensif, désormais mis à l'abri des suggestions intéressées et des embûches qui auraient bien vite compromis sa fortune s'il en avait la libre disposition (1).

A côté de l'interdiction, la loi admet en faveur des aliénés, soit un administrateur provisoire qui gère les biens pendant la durée de la maladie et permet au malade, une fois guéri, de rentrer sans difficulté dans la plénitude de ses droits civils, soit enfin le conseil judiciaire sans lequel, tout en conservant la libre disposition de ses revenus, on ne peut plaider, témoigner, emprunter, recevoir un capital mobilier ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques (art. 499 du Code civil). Le conseil judiciaire est surtout utile pour les convalescents qui, tout en revenant à la raison et restant capables de se conduire dans le monde, conservent néanmoins des bizarreries, des singularités, ou une certaine faiblesse d'esprit qui laissent entrevoir que la guérison n'est pas complète.

Dans l'appréciation médico-légale de l'état mental d'un

(1) Brierre de Boismont, *De l'interdiction des aliénés et de l'état de la jurisprudence en matière de testament dans l'imputation de démence* (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1852, t. XLVII, p. 108).

individu, au point de vue de l'interdiction, il ne faut pas s'en laisser imposer par certaines difficultés d'expression, soit par le geste, soit par la parole, qui simulent un état de démence et d'idiotie ; l'examen doit être poussé plus loin, et il importe de savoir si les gestes, l'expression de la physionomie, certaines attitudes ne peuvent suppléer aux difficultés du langage, et si les pensées ainsi émises ne conservent pas encore de la vigueur et de la netteté. Dans un rapport médico-légal sur l'état d'une femme atteinte d'une hémiplégie et d'une paralysie incomplète de la langue qui ne lui permettait d'articuler qu'un petit nombre de mots, M. Parchappe (1) démontra que la malade jouissait de la plénitude de ses sens, qu'à l'aide des gestes et de la physionomie elle suppléait à l'insuffisance de sa parole, qu'elle dirigeait sa vie et ses intérêts de manière à faire juger par tous qu'elle avait une volonté éclairée par la raison. Il conclut à la capacité civile, tout en demandant l'assistance d'un conseil judiciaire pour faciliter les transactions et les relations d'affaires.

Des principes analogues doivent servir de guide dans l'appréciation de la capacité civile des sourds-muets. Parmi ces derniers, il existe un certain nombre d'aliénés, d'imbéciles, d'idiots, qui n'ont aucune des notions nécessaires pour administrer une fortune, quelque soin que l'on ait pris d'ailleurs de leur éducation. D'autres, au contraire, sont intelligents, expriment toutes leurs pensées à l'aide d'une mimique fortement accentuée, et pour peu que leur éducation ait été complète, peuvent s'élever jusqu'à des notions abstraites qui leur permettent de satisfaire à toutes les exigences intellectuelles de la société. On trouve dans Hoffbauer (2), Marc, Casper (3), un assez grand nombre de faits où des sourds-

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1849, t. XIII, p. 339.

(2) *Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets.* Paris, 1827.

(3) Casper, *Traité pratique de médecine légale.* Paris, 1862, t. Ier.

muets ont été jugés capables ou incapables de contracter d'après les résultats de l'interrogatoire auquel ils ont été soumis, et sans qu'il soit possible d'établir sur ce sujet de règles uniformes.

Il est bien difficile qu'un sourd-muet qui n'a pas reçu les bienfaits de l'éducation, quelque intelligent qu'il soit d'ailleurs, puisse suffire à l'administration d'une fortune, et dans ces cas le médecin consulté optera, non pour l'incapacité civile absolue, c'est-à-dire pour l'interdiction, mais pour une mesure intermédiaire, le conseil judiciaire.

LOI

SUR LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS EN FRANCE.

Une loi était nécessaire sur les établissements d'aliénés ; il fallait rendre exécutoires, dans toute la France, les mesures les plus propres à assurer le traitement des aliénés, et prevenir les atteintes que, sous prétexte de folie, on aurait pu commettre contre la liberté individuelle. On a surabondamment atteint ce dernier but ; je dis surabondamment, car, dans la discussion de la loi, on n'a pas cité un seul fait d'enfermement arbitraire dans une maison de santé, et parce que les précautions prises par le législateur en ouvrant la porte des maisons destinées aux aliénés à un trop grand nombre de visiteurs, ont l'inconvénient de donner un commencement de publicité à des malheurs que les familles ont le plus grand intérêt à tenir cachés. Ainsi, sous ce rapport, la loi a fait plus qu'il n'aurait fallu.

Elle a fait trop peu dans l'intérêt des malades : il était désirable qu'elle ordonnât qu'un établissement fût formé dans chaque département, afin d'éviter les inconvénients inséparables des grands établissements dans lesquels les malades, entassés et sans direction intellectuelle et morale, deviennent incurables, la plupart du temps, par la seule raison qu'on ne les traite pas. La demeure des aliénés, leur chambre, leurs cours, leurs promenoirs devaient être l'objet des prévisions du législateur ; non pas qu'on ait pu demander à la loi des détails sur ces différents objets, mais une visite ordonnée par elle, et faite par l'autorité compétente, assistée d'un médecin et d'un architecte, aurait eu, pour les aliénés, le meilleur résultat. La loi, si soigneuse de leurs biens, ne l'a presque pas été de leurs personnes. Là, ils sont entassés pêle-mêle ; ici, on les tient constamment enfermés ; ailleurs, les sexes sont confondus. Une visite faite à l'improviste,

non pas aux malades, mais dans les localités qu'ils habitent, tiendrait en garde les directeurs des maisons d'aliénés, et les obligerait à améliorer ces maisons, qui, pour la plupart, laissent beaucoup à désirer. La concurrence amène les bas prix dans les pensions ; les bas prix, les localités vicieuses, le manque de serviteurs et la pénurie d'aliments.

L'art. 12 de la loi ordonne la tenue d'un registre, sur lequel le médecin inscrira, tous les mois, les changements survenus dans l'état des aliénés.

Cet article est bon en lui-même ; le malheur est que souvent on ne pourra pas s'y conformer. Avec des établissements comme le sont les établissements publics qui contiennent plusieurs centaines de malades (il y en a environ 500 à Charenton, 700 à Bicêtre et plus à la Salpêtrière), comment exiger qu'un médecin tienne des notes et les inscrive tous les mois sur un registre ? Il faut le dire : non-seulement le médecin n'aura pas le temps de faire un pareil travail d'écriture, mais il n'a pas même le temps de connaître ses malades. Donnez-lui toute la jeunesse, la force, la santé, le zèle imaginables, il ne pourra pas visiter et traiter 500 malades, avoir sur eux des notes, les transcrire ou les dicter. Ainsi, sur ce point, la loi est inexécutable *avec les établissements, tels qu'ils sont faits.*

L'article 20 exige du médecin un certificat, sur chaque malade, tous les six mois. Cela est facile dans les petits établissements, dans les établissements tels qu'ils devraient être, mais tels qu'ils sont, c'est une impossibilité de plus.

L'article 29 dit qu'aucune requête, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III, et le titre III prononce contre les directeurs ou les médecins délinquants, un emprisonnement de cinq jours à un an, et une amende de 50 à 3000 francs.

D'abord, il aurait fallu définir ce que l'on entendait par requêtes et réclamations à l'autorité. Presque tous les aliénés en font ; c'est à cela qu'un bon nombre d'entre eux passent ou voudraient passer la plus grande partie de leur temps. Le directeur et le médecin seront-ils mis à l'amende et en prison pour avoir retenu des requêtes et des réclamations empreintes de folie ? Ils devront y être condamnés, d'après la loi, car la loi ne fait aucune distinction.

Et si le directeur et le médecin ôtent à l'aliéné le moyen de faire des requêtes et des réclamations, en le privant de papier, à quoi seront-ils condamnés ? La loi ne prévoit pas le cas, il n'y aura donc pas de pénalité. Ainsi, empêcher de faire une réclamation qui pourrait être raisonnable n'exposera à aucune peine, et retenir une réclamation folle fera encourir une condamnation.

Les visites ordonnées par l'article 4, si elles sont faites régulièrement, rendent l'article 29 complétement inutile. (Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1859, t. XXII, p. 215.)

Loi sur les aliénés.

Au palais de Neuilly, le 30 juin 1838. (*Promulguée le* 6 *juillet* 1838.)

LOUIS-PHILIPPE, etc.

TITRE PREMIER. — DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

Art. 1er. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ou former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II. — DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

SECTION 1re. — *Des placements volontaires.*

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés, ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui en aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement. Ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenus dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, le changement survenu dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur, qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de

chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou proposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

SECTION III. — *Dépense du service des aliénés.*

Art. 25. — Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1er.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. — A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

SECTION IV. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil, et sans délai; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30.—Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. — Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir. L'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilége aux créances de toute autre nature.

Néanmoins, les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. — Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire ou à la diligence du procureur du roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une conte

tation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. — Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ces biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. — A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles elles seraient intéressées.

Art. 37. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans ; ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans des établissements privés.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que ledit

individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. — Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés;

Et à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13; des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de 50 francs à 3000 francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

La présente loi, discutée, délibérée et adoptée par la Chambre des pairs et par celle des députés, et sanctionnée par nous ce jourd'hui, sera exécutée comme loi de l'État.

DONNONS EN MANDEMENT à nos cours et tribunaux, préfets, corps administratifs, et tous autres, que les présentes ils gardent et maintiennent, fassent garder, observer et maintenir, et, pour les rendre plus notoires à tous, ils les fassent publier et enregistrer partout où besoin sera; et, afin que ce soit chose ferme et stable à toujours, nous y avons fait mettre notre sceau.

Fait au palais de Neuilly, le 30e jour du mois de juin, l'an 1838.

Signé LOUIS-PHILIPPE.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

A

Accès convulsif ; de la congestion cérébrale apoplectiforme, 451 ; de l'épilepsie, 527, 541 ; de l'hystérie, 557.
Accouchement, cause de folie, 113.
Adhérences des méninges à la couche corticale dans la paralysie générale, 457.
Age, cause de folie, 112 ; son influence sur le pronostic ; cause de manie, 278, 470.
Agités, soins qu'ils réclament, 211.
Alcoolisme (Observat. d') dans Hippocrate, 4 ; cause de folie chez les descendants, 110 ; paralysie générale suite d'—, 475, 622. Alcoolisme aigu, 608-615. Alcoolisme chronique, 615-623.
Alcooliques. Besoin irrésistible de se livrer aux boissons alcooliques, 387.
Aliénés, mesures judiciaires qui leur sont applicables, 653. Loi sur les établissements d'aliénés, 658.
Alimentation des aliénés, 194. — Forcée, 196 ; ses indications, 197. Procédés pour l'alimentation forcée, 199 ; son utilité, 206.
Aliments à injecter par la sonde, 205.
Ambitieuse (Manie), 299 ; monomanie ambitieuse, 368 ; délire ambitieux dans la paralysie générale, 419.
Ame, immatérielle, ne peut être malade, 35.
Amour, cause de folie, 123.
Anémie, cause de folie, 132.
Anatomie pathologique de la folie en général, 167 ; de la manie, 292 ; de la mélancolie, 330 ; de la paralysie générale, 456.
Anesthésie, 62 ; dans la mélancolie, 319 ; dans la paralysie générale, 426.
Anormales (Intelligences), 495.
Antécédents, influence sur le pronostic, 151.
Anthropophagie (Tendance irrésistible à l'), 390.
Arachnoïdes (Fausses membranes de l'), 463 ; kystes, 465.
Arétée, sa définition de la mélancolie, 6 ; ses écrits sur la folie, 6.
Arriérés (Enfants), 494.
Asphyxie par le bol alimentaire chez les paralytiques, 439.
Asiles d'aliénés, 216.
Atrophie du cerveau, 464.
Attention, ses lésions, 48.
Attitude dans la mélancolie, 318.

B

Baignoires (Disposition à donner aux), 224.
Baillou, 15.
Bains de mer dans la folie, 190.
Bains dans la manie, 307.
Balnéation, ses divers modes, 189.
Boerhaave, 22.
Bonet (Théophile), 19.
Broussais, 33.

C

Calorification dans la folie en générale, 69 ; dans la mélancolie, 321.
Camisole, 211.
Caractère (Modification du) dans l'épilepsie, 535 ; dans l'hystérie, 562 ; dans la chorée, 580.
Catalepsie, 561.
Causes de la folie, 94 ; prédisposantes générales, 96 ; prédisposantes individuelles, 102. Causes occasionnelles, 120 ; morales, 120 ; physiques, 127. Leur influence sur le pronostic, 151. Causes de la manie, 278 ; de la mélancolie, 313 ;

des hallucinations, 257; de la démence, 396 ; de la paralysie générale,
Célibat, son influence sur la production de la folie, 118.
Cellulaire (Emprisonnement). Voy. *Emprisonnement.*
Cellules d'agités, 223.
Celse, 8; vante les châtiments dans le traitement de la folie, 9.
Cerveau (Poids du), 501-504 ; vices de conformation, 502.
Chagrins, cause de folie, 122.
Chauffage (Moyens de) dans un asile, 224.
Chlorose, son influence sur l'état mental, 41.
Chocs sur la tête, cause de folie, 128.
Choléra, cause de folie, 141.
Chorée, cause d'hallucinations, 263; au point de vue de l'état mental, 576-590.
Choréiques (Mouvements) chez les idiots, 492.
Circulation et respiration dans la folie, 68; dans la mélancolie avec stupeur. 319.
Circulaire (Folie), 339, 342.
Civilisation, cause de folie, 96.
Classification de la folie, 50.
Climats cause de folie, 118 ; de la paralysie générale, 471.
Cœlius Aurelianus, ses écrits sur la folie, 6.
Cœur. Affections du cœur, influence sur l'état mental, 42 ; sur la production des hallucinations, 260 ; de la paralysie générale, 472.
Colonies d'aliénés, 227.
Côma dans la congestion cérébrale des paralytiques, 449.
Complications de la folie au point de vue du pronostic, 152.
Conceptions (Fausses), 46 ; leur association, 60.
Congestion cérébrale dans la paralysie générale, 447.—Variété congestive de la paralysie générale, 431.
Conseil judiciaire, 654.
Constipation dans la folie, 67 ; dans la mélancolie, 323.
Continu (Type) dans la marche de la folie, 81.
Contractures dans la paralysie générale, 436.
Convalescence dans la folie, 84.
Convulsions dans la congestion des paralytiques, 450 ; chez les enfants d'alcooliques, 624.
Crétinisme, 506-521.
Crises, leur nature, leur division, 68.
Critiques (Phénomènes),
Cullen, 26.

D

Danse de Saint-Guy, 577.
Dartres, cause de folie, 134.
Datura stramonium dans les hallucinations, 276.
Début de la folie, 57.
Déclin (Période de) dans la folie, 84.
Décubitus forcé comme moyen de traitement, 212.
Déformations de la tête. 498.
Délire aigu, 294 ; — alcoolique, 613; — partiel, 46.
Démarche dans la paralysie générale, 425.
Démence, 49, 396; causes, 396 ; description, 397; association aux autres formes de folie, 401 ; marche et pronostic, 403; anatomie pathologique, 404 ; diagnostic, 407-480 ; traitement, 411 ; — d'origine alcoolique, 621 ; — chez les hystériques, 568.
Démon, son intervention dans l'explication des phénomènes de la folie, 12.
Démonolâtrie, 367;
Démonopathie, 367.
Dépression, 48 ; dans la folie à double forme, 344 ; dans la mélancolie,
Diagnostic de la folie en général, 170.
Diathèses causes de folie, 134.
Digestives (Fonctions), 67 ; dans la manie, 283; dans la mélancolie, 322; dans la paralysie générale, 436.
Digitale, 194.
Dipsomanie, 387.
Divisions nécessaires dans un asile, 219.
Douche, moyen de traitement, 219.
Durée de la folie au point de vue du pronostic, 154 ; de la paralysie générale, 440.

E

Eclampsie, cause de folie puerpérale, 146.

Éducation envisagée comme cause de folie, 45.
Electriques (Courants), traitement des hallucinations, 276; de la mélancolie, 338; contractilité électrique dans la paralysie générale, 438.
Eléments symptomatiques dans la folie, 45.
Emprisonnement cellulaire, influence sur la production de la folie, 124.
Emotions morales, causes de folie, 120.
Enfants (Folie chez les), 113; suicides, 114; épidémies nerveuses, 115.
Entraves, 211.
Epidémique (Folie), 569.
Epilepsie, 521-552; dans Hippocrate, 5; cause d'hallucination, 262.
Epileptiformes (Congestions) dans la paralysie générale, 451.
Epileptique (Folie), 536.
Erotique (Manie), 299; monomanie érotique, 369.
Erotomanie, 369.
Érysipèle, cause de paralysie générale, 472.
Érythème pellagreux, 591.
Escaliers (Dispositions que réclament les) dans les asiles, 225.
Escharcs dans la paralysie générale, 439.
Esquirol (Appréciation des travaux d')
Etat mental dans diverses maladies, 41. 31.
Excitation, 48; maniaque, 297. — Période d'excitation de la folie à double forme, 343.

F

Facies dans la mélancolie, 317.
Fenêtres dans les asiles, 225.
Fernel, 12.
Fièvre cause d'hallucination, 261; — typhoïde, cause de folie, 135; son diagnostic avec la manie, 302; avec la mélancolie, 334; — intermittentes cause de folie, 140.
Folie, définition, synonymie, 44. Folie épidémique, 569. Folie simulée, 632.
Formes de la folie, 51; leur transformation, 55; — au point de vue du pronostic, 152.
Formes générales à donner aux asiles, 220.
Fureur, 285.

G

Galien, 9.
Gangrène du poumon, 163.
Gâteux, soins qu'ils réclament, 209; — dans la paralysie générale, 437.
Génitales (Fonctions) chez les aliénés, 72; hallucination des fonctions génitales, 238; — dans la manie, 284.
Georget, 32.
Ghéel (Colonie de), 228.
Goître dans le crétinisme. 517.
Granulations de l'arachnoïde, 465.
Grincement de dents dans la paralysie générale, 435.
Grossesse cause de folie, 143.

H

Hachisch, 148.
Hallucination dans l'antiquité et dans l'histoire, 11 à 47; définition, 231; description, 232; fréquence relative, 238; physiologie, 240; théorie de l'hallucination, 245; conditions qui favorisent son développement, 249; ses rapports avec la folie, 250; compatibles avec la raison, 251; dans les diverses formes de folie, 255; causes, 256; diagnostic, 265; dans l'hystérie, 567.
Hamac pour contenir les agités, 213.
Hémiplégie dans la congestion cérébrale des paralytiques, 439.
Hémorrhoïdes favorables dans la mélancolie, 3.
Hérédité caractère des névroses, 39; — dans la folie, 102. — plus énergique du côté de la mère, directe, collatérale, 104; à quel signe la reconnaître, 105. — complète ou incomplète, 106; son extension à toutes les affections nerveuses, 108; sa fréquence, 109; dans la paralysie générale, 469; dans l'idiotie, 497.
Hippocrate, ce qu'il a écrit sur la folie, 4.
Homicide (Actes d'), 79; monomanie impulsive homicide, 383.
Hydrothérapie dans le traitement de la folie, 189; dans la mélancolie, 337.
Hypochondrie (Observations dans Hip-

pocrate), 4 ; — délirante, 370 ; causes et symptômes, 373 ; — associée à l'hystérie, 65.
Hypochondriaques (Idées) dans la mélancolie, 316 ; — dans la paralysie générale, 427. État hypochondriaque, 371.
Hystérie, 553-576.
Hystéro-épilepsie, 545.

I

Idée fixe, 356.
Idiotie, 486-506 ; au point de vue médico-légal, 648.
Illusions en général, 268 ; — internes, 273.
Imagination (L') fournit les éléments de l'hallucination, 241.
Imbécillité, 492.
Imitation, son influence sur la production de la folie, 123 ; instincts d'imitation chez les idiots, 491.
Impulsions irrésistibles, 17 ; dans l'épilepsie, 539 ; dans l'hystérie, 567.
Incendiaires, 80, 386.
Incohérence, 60.
Incontinence d'urine, 437.
Incubation de la folie, 57.
Insensibilité chez les aliénés, 64.
Insolation, cause de manie, 279 ; d'éruption pellagreuse, 598.
Interdiction des aliénés, 653.
Intermittences dans la folie, 83. Manie intermittente, 289 ; mélancolie intermittente, 328.
Intervalles lucides, 153, — dans la manie, 287 ; leur valeur médico-légale, 652.
Intimidation moyen de traitement, 182.
Intoxication cause d'hallucination, 265.
Isolement, moyen curatif, 177.
Ivresse, 608 ; ivresse convulsive, 609.

K

Kleptomanie, 385.
Kystes arachnoïdiens, 465.

L

Lactation, cause de folie, 143.
Lactée (Diète) dans la manie, 311.
Lepois (Ch.), 17.
Loi sur les établissements d'aliénés, 658.
Lorry, 25.

M

Mâchonnement dans la paralysie générale, 435.
Maladies incidentes des aliénés, 160.
Manie, 276 ; description, 281 ; chronique, 290 ; sur-aiguë, 293. Anatomie pathologique, 292 ; manie ambitieuse, 299-476 ; manie transitoire, ses variétés, 637.
Marche de la folie, 81 ; au point de vue du pronostic, 153.
Marche aiguë de la paralysie générale, 446.
Mariages consanguins, leur influence sur la production de la folie, 111 ; de l'idiotie, 497.
Médecin (Rôle du) dans les asiles, 226 ; dans les expertises médico-légales, 629.
Médecine légale, 629.
Mélancolie, 312. Symptômes intellectuels dans la mélancolie, 315 ; somatiques, 317. Traitement, 335 ; mélancolie alcoolique, 614.
Mélancolique (Délire) dans la paralysie générale, 427.
Membranes (Fausses) de l'arachnoïde, 463.
Mémoire, fournit les éléments de l'hallucination, 240.
Méningite, son diagnostic avec la manie, 303.
Menstruation chez les aliénés, 73 ; causes de folie, 142, 146.
Méthode à suivre dans l'étude de la folie, 34.
Microcéphalie, 500.
Monomanies, 349. De leur existence, 350 ; leur division, 352 ; symptômes et marche, 361 ; pronostic, 363 ; diagnostic, 364 ; formes principales, 365 ; causes, 381 ; monomanie ambitieuse, 368-477 ; monomanie au point de vue médico-légal, 643.
Montaigne, 14.
Morgagni, 24.
Motilité (Troubles de la) dans la folie, 66 ; dans la paralysie générale, 425. Les troubles de la motilité précèdent-ils les troubles de l'intelligence dans la paralysie générale ? 432.

N

Narcotiques dans le traitement de la folie, 192.
Névroses (La folie appartient à la classe des), 37. Caractères généraux, 37. Cause d'hallucination, 262
Nider, 13.
No-restraint, 214.
Nosomanie, 370.

O

Odorat (Hallucinations de l'), 236 ; illusions de l'—, 271.
Œdème du cerveau, 331.
Œsophagienne (Sonde), 201.
Onanisme, cause de folie, 133 ; traitement qu'il réclame, 209.
Opium dans le traitement de la folie, 192 ; dans la manie, 309 ; dans l'alcoolisme, 625.
Oreille (Tumeurs sanguines de l'),453.
Organisation des asiles, 225.
Ossification prématurée des os du crâne, 501.
Ouïe (Hallucinations de l'), 232 ; illusions de l'—, 270.

P

Paralysie générale, 411 ; sans aliénation, 429 ; sa nature, 467 ; ses causes, 469 ; son traitement, 481 ; au point de vue médico-légal, 647 ; d'origine alcoolique, 622-475. Paralysie pellagreuse, 594.
Paré (Ambroise), 12.
Parole (Embarras de la), 422, 437 ; état de la parole chez les idiots, 489.
Passions cause de folie, 121.
Paul d'Égine, 10.
Pellagre, 473-590-603 ; pellagre des aliénés, 599.
Périodes de la folie à double forme, 345.
Persécution (Idées de), 359.
Perversions morales instinctives, 390.
Phthisie pulmonaire, 165.
Pie-mère, ses altérations dans la paralysie générale, 456.
Pinel (Appréciation de), 29.
Plater (Felix), 15.
Pneumonie chez les aliénés, 161. Diagnostic de la manie et de la pneumonie avec delire, 302.
Poids du cerveau, 501.
Politiques (Événements), leur influence sur la production de la folie, 101.
Pouls, dans la manie, 284.
Poumon (Gangrène du), 163.
Principes à suivre dans l'étude de la folie, 34.
Prodromes de la folie, 58 ; de la paralysie générale, 416.
Professions au point de vue de l'étiologie de la folie, 118 ; de la paralysie générale, 471.
Puerpérale (Folie), conditions qui influent sur son développement, 145. Manie —, p. 300.
Pupilles (Inégalité des) dans la paralysie générale, 424.
Pyromanie, 386.

R

Raison (Analogies de la folie et de la), 49. Hallucinations compatibles avec la—, 251.
Ramollissement du cerveau (Diagnostic du) et de la paralysie générale, 480.
Rechutes dans la folie, 155 ; dans la manie, 302.
Régime dans la paralysie générale, 483.
Religieuses (Idées), influence sur la production de la folie, 100, 123 ; dans le traitement de la folie, 186. Manie religieuse, 299. Mélancolie religieuse, 299. Monomanie religieuse, 366.
Rémittent (Type) dans la folie, 81 ; dans la manie, 289.
Rémittences dans la paralysie générale, 441.
Respiratoires (Fonctions) dans la folie, 69 ; dans la stupeur mélancolique, 320.
Rêves, leurs rapports avec les hallucinations et la folie, 259.
Révulsion exercée par les affections organiques sur la folie, 90.
Révulsifs dans le traitement de la folie, 192 ; dans la manie, 311 ; dans la mélancolie, 338 ; dans la paralysie générale, 484.
Rondelet, 20.
Rotatoire (Machine), 212.

S

Sang (État du) dans la folie, 76.
Sanguines (Émissions) dans la folie,

188; dans la manie, 305; dans les hallucinations, 275; dans la paralysie générale, 482.
Saturnine-paralysie générale, 474.
Sauvages, 24.
Scrupule (Monomanie du), 357.
Sécrétions chez les aliénés, 74; chez les mélancoliques, 323.
Séminales (Pertes) cause de folie, 133.
Sennert, 17.
Sensibilité physique dans la folie, 62. Hallucination de la sensibilité générale, 237; illusions, 272. Sensibilité générale dans la manie, 283.
Sentiment affectif dans la folie, 61.
Sexe, cause de folie, 116.— De l'enfant, cause de folie puerpérale, 145. Influence du — sur le pronostic, 150; cause de la paralysie générale, 470.
Simulée (Folie), 632.
Solanées vireuses, cause de folie, 149.
Sommeil chez les aliénés, 166.
Sonde œsophagienne, 201. Procédé opératoire, 202.
Stupeur mélancolique, 329, 326, 748.
Substitution d'une maladie organique à la folie, 90.
Suicide, 78. Précautions à prendre contre le —, 208; dans la mélancolie, 315. Monomanie de suicide impulsive, 384.
Suflate de quinine, traitement de la folie, 194.
Sulfure de carbone, cause de folie, 149.
Sydenham, 18.
Sylvius, 17.
Sympathie morbide, 129.
Sympathique (Causes de la folie), 129. Folie sympathique dans ses rapports avec les crises, 94.
Symptomatologie de la folie, 59.
Syphilie, cause de folie, 147; de paralysie générale, 473.

T

Tabac, cause de folie, 149.
Tartre stibié dans la manie, 307.
Témoignage (Valeur du) d'un aliéné, 652.
Tempérance (Société de), 628.
Testaments (Examen médico-légal des), 649.
Tête (Volume et forme de la) dans l'idiotie, 499.
Toniques, 188.
Toxiques (Agents), cause de folie, 148.
Traitement préventif de la folie, 173; curatif, 175; moral, 182; — de la manie; — de la mélancolie; — de la monomanie; — de la paralysie générale, 481.
Transformation des formes de maladies mentales, 55; de la manie, 291; de la folie à double forme, 340.
Travail, moyen de traitement, 184.
Travaux intellectuels, cause de paralysie générale, 471.
Triste (Monomanie), 368.
Tubercules pulmonaires, leur influence sur les dispositions morales, 41; chez les aliénés, 165.
Tumeurs sanguines de l'oreille, 453.
Types dans la marche de la folie, 81.

U

Urine; excrétion urinaire dans la folie, 74. Incontinence d'—, 437.
Urtication dans la mélancolie, 338.

V

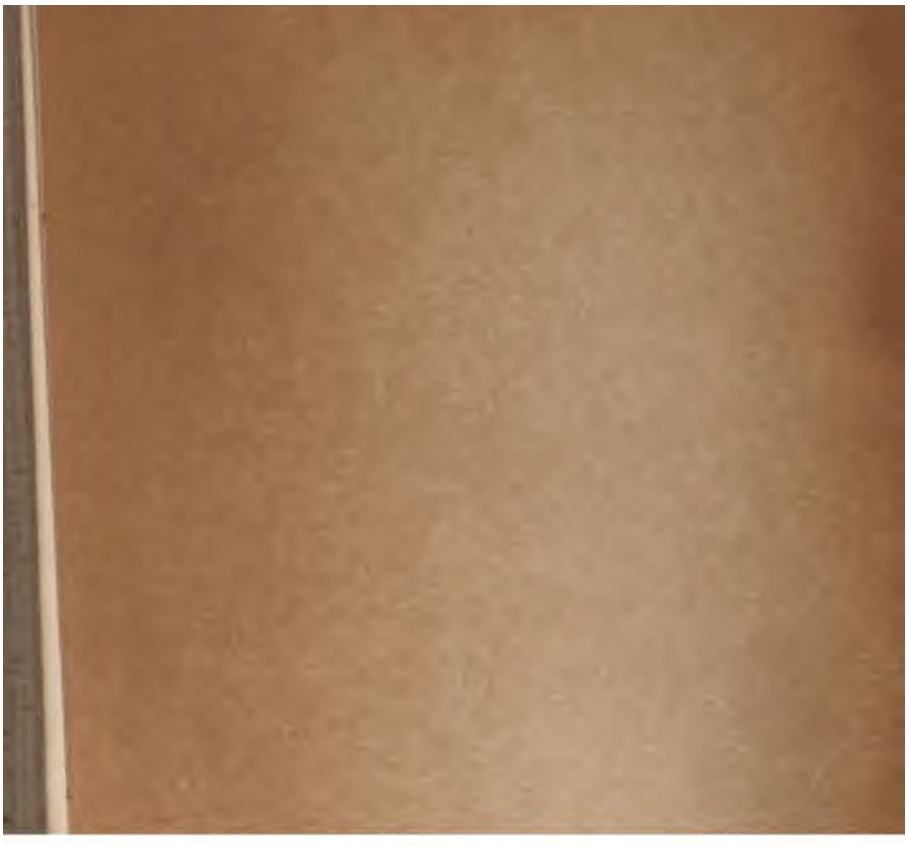
Van Swieten, 22.
Vieussens, 21.
Villes (Grandes), influence sur la production de la folie, 99.
Voix chez les maniaques, 282; les mélancoliques, 318; les crétins.
Voix dans la folie, 70; dans la mélancolie, 318.
Vol dans la folie, 80; monomanie du —, 385.
Vomitifs dans la manie, 306.
Voyages, moyen curatif, 185.
Vue (Hallucinations de la), 245; illusions, 270.

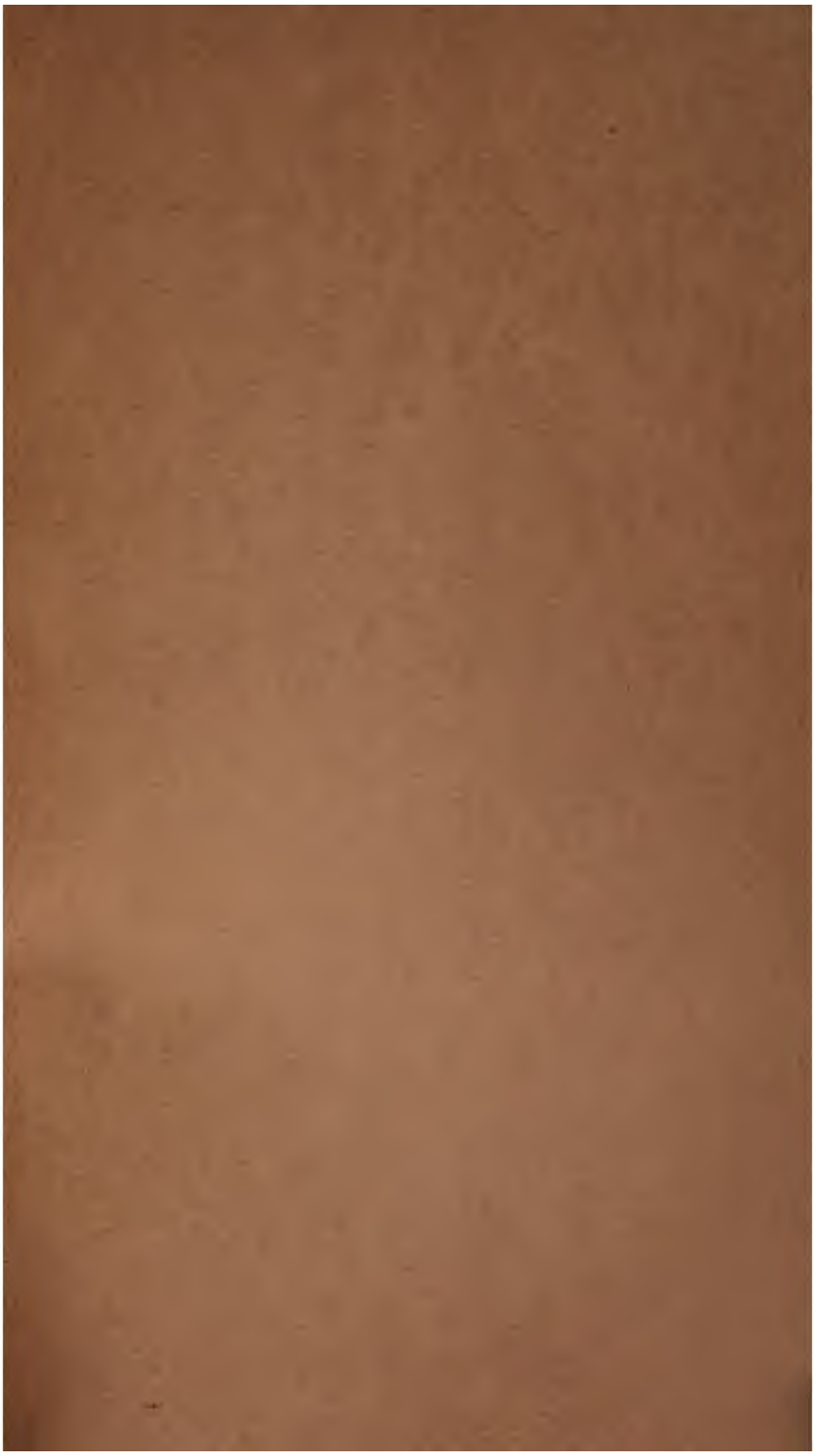
W

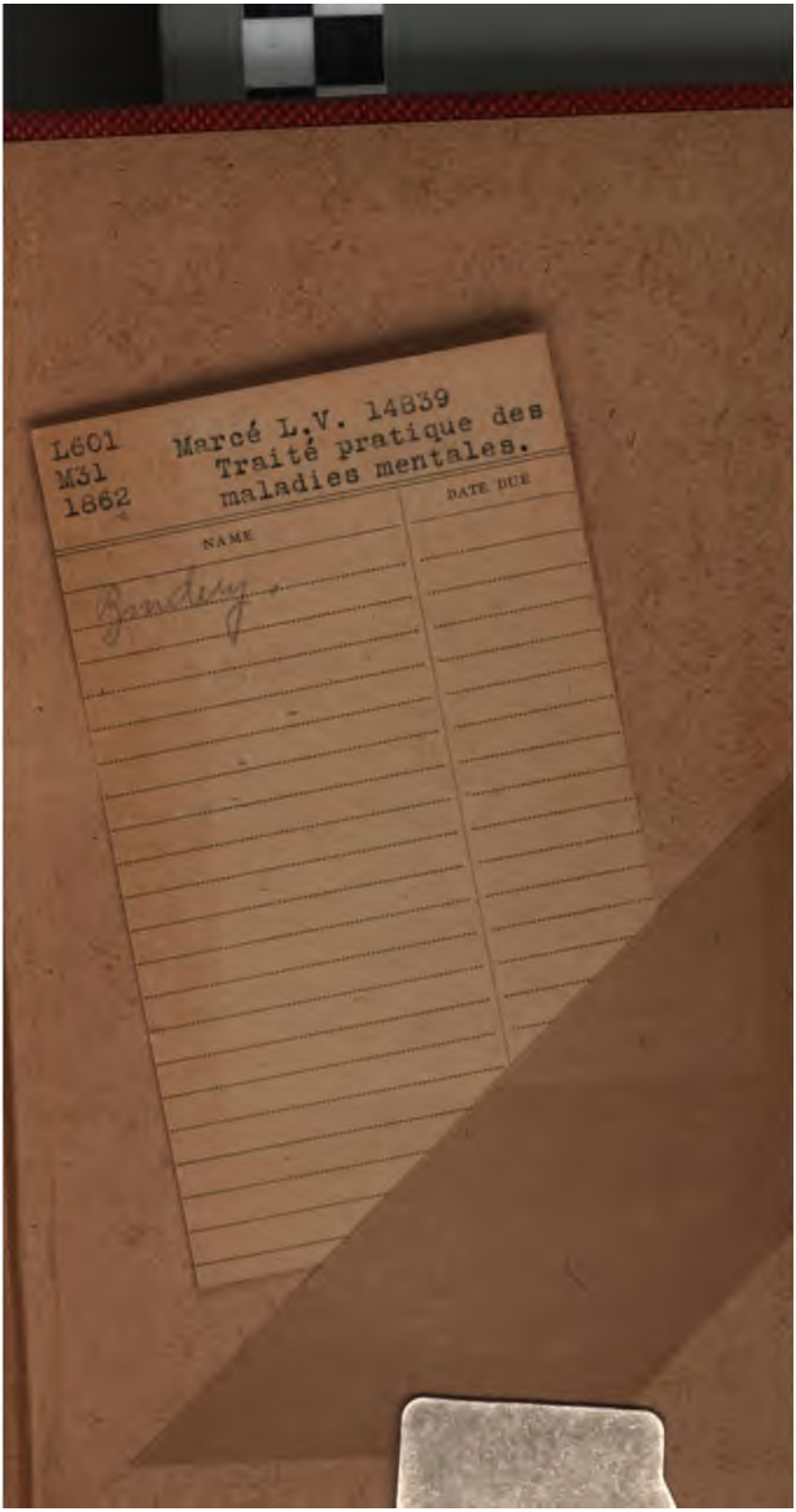
Willis, 13.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.






L601
M31
1862
Marcé L.V. 14839
Traité pratique des
maladies mentales.
NAME
DATE DUE